

▶ Contextualização

*Adriana Marega
Daniel Almeida Gonçalves
Julie Silva Martins*



Aspectos oportunizados no caso referente à Vigilância em saúde e ao cuidado individual

O cenário é novamente o bairro de Ilha das Flores. Na UBS, a equipe amarela atende a 5250 pessoas e tem cadastradas 52 gestantes, com alto índice de mortalidade materna. Apresenta-se aqui mais uma situação em que debateremos, entre outras coisas, aspectos da vigilância em saúde, agora com foco na saúde materno-infantil, para enfrentamento do problema da mortalidade infantil. Observa-se que há o registro do número de gestantes, mas a enfermeira Elza aponta que os dados estão desatualizados. A confiabilidade desses dados é importante para apoiar a equipe na sua organização e no acompanhamento de todas gestantes do território.

Vimos que, no caso, a equipe foi convidada pela gerente Margarida para realizar o planejamento da agenda voltado para atitudes de assistência adequada às gestantes, segundo diretrizes da Rede Cegonha. Você conhece, caro estudante, a Rede Cegonha?



Saiba mais...

Visite esses sites e saiba mais sobre a Rede Cegonha:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>.

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>

Acesso em: 13 de abr. de 2015.

Estratégia do Ministério da Saúde que visa organizar uma rede de cuidados que assegure, à partir da noção de integralidade da atenção:

- às mulheres: o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério.
- às crianças: o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis até os dois anos de idade.



O que é

- Estratégia operacionalizada pelo SUS/MS - 2011.
- Fundamentada nos princípios da humanização.
- Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal.
- Transporte para o pré-natal e para o parto.
- Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto.

Objetivos

- Fomentar um modelo de atenção com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança.
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil garantindo acesso, acolhimento e resolutividade.
- Reduzir os índices de mortalidade materna e infantil.

O que será que isso tem a ver com o caso em questão?

Agrega-se ao caso a atenção aos cuidados das DSTs e abordagem do abortamento. É imperativa a sua discussão, uma vez que as estimativas apontam que mais de um milhão de abortos inseguros são realizados no Brasil a cada ano, sendo uma das principais causas de morte materna no país (BRASIL, 2010). A própria condição de vida, a falta de recursos econômicos, de alternativas, a falta de informação sobre anticoncepção, a dificuldade de acesso aos métodos, falhas no seu uso, ou uso inadequado, entre outros aspectos, fazem com que o abortamento inseguro sacrifique cada vez mais as mulheres de comunidades pobres e marginalizadas (BRASIL, 2010).

O caso possibilita ainda algumas questões fomentadoras de amplo diálogo e estudo. Aqui, além do conteúdo teórico apresentado nos temas que advém do caso, outras situações de discussão podem surgir, em especial aquelas associadas ao trabalho dos membros da equipe, incluindo o papel que a equipe do NASF e das redes de atenção à saúde realizam.

Para melhor aproveitamento do estudo desse caso, é importante:

1. Revisitar “Ilha das Flores” e seu contexto histórico, econômico e social, considerando, além do território, o processo de territorialização da UBS e o processo saúde-doença;
2. Considerar a importância da abordagem à família na visita domiciliar. A disposição da Maria em participar de uma atividade de compartilhamento de seus problemas; qual papel a abordagem ao parceiro poderia exercer no acampamento do caso;
3. Entender o estigma que muitos pacientes carregam, principalmente quando portadores de doenças infecciosas e transmissíveis (HIV, por exemplo), e que pode ser expresso em algum comportamento observável ao longo dos encontros, para se estar preparado para o cuidado e o desafio que é a abordagem da adesão ao tratamento;
4. Questionar qual o papel das equipes da ESF no cuidado de pessoas portadoras de agravos, como o HIV, a AIDS e as DSTs, em relação ao trabalho nos serviços especializados. Como fazer o pré-natal e as responsabilidades dos profissionais da atenção básica.
5. Refletir sobre como foi a atuação do NASF. Considerar quais aspectos deveriam ter sido encaminhados, se o caso fosse conduzido de forma integrada pela equipe.

Maria do Socorro é uma mulher de 42 anos, HIV positivo, casada com José, portador do vírus HIV, múltipara (G7P6A0C2), também com 42 anos, encontra-se em situação de grande vulnerabilidade social. Assim, se faz importante o desenvolvimento de uma abordagem que considere aproximação da família, em especial do marido.

Alinhando as diretrizes nacionais da política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, fundamentadas na perspectiva de promoção e garantia do direito à saúde das mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e das distintas populações, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, a Rede Cegonha (RC). Na perspectiva de composição da rede de atenção à saúde da mulher, busca-se efetiva igualdade e equidade de gênero, raça e etnia, e ampliação do enfoque da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para fortalecer a autonomia e protagonismo das mulheres.

A introdução dos testes rápidos para sífilis e hepatites B e C estão acontecendo de forma gradual nos municípios brasileiros, pois há a necessidade de capacitação de profissionais nas metodologias e também da preparação do serviço para implantar esses insumos e atender adequadamente o paciente quanto ao acolhimento, aconselhamento, testagem, encaminhamento e acompanhamento. Ademais, a introdução dos testes compõe a necessidade de integração do núcleo familiar na linha de cuidado, incluindo a abordagem do parceiro: o Pré-natal do Pai.

Quanto à abordagem do parceiro: O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde dos Homens, adotou a estratégia do Pré-natal do Parceiro. O objetivo é estimular os homens a se envolverem nos cuidados preventivos de saúde e incentivá-los a realizarem exames para diagnóstico precoce e tratamento de doenças que possam afetar a saúde da mulher e, por consequência, a do bebê, e eliminar assim a sífilis congênita e outras DSTs. Reconhecendo a importância do papel do homem nesse cenário, essa estratégia vem estimulando os futuros pais a

fazerem um “check-up” durante o pré-natal. No ano de 2012, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) incorporou a promoção de vínculos afetivos saudáveis, estimulando os homens a acompanhar a gestação e o parto de suas parceiras.

A convocação do parceiro sexual deve ser voluntária e realizada de modo que toda a informação permaneça confidencial após a paciente compreender a intenção dessa ação. Essa convocação pode ser feita através da gestante, que conversa com seu parceiro sexual, ou por um profissional de saúde, quando a gestante não se sentir apta a fazê-lo, fornecendo autorização e informações sobre a melhor forma de convocá-lo. Nos casos em que a gestante não se sentir apta a convocá-lo, o profissional deve preferencialmente solicitar assinatura em prontuário, para a autorização de contato e para tomar conhecimento da melhor forma de realizá-lo.

Assim, no que diz respeito à abordagem familiar nesse caso, é importante ter em mente os seguintes aspectos da convocação do parceiro.

Toda a convocação deve:

- I. Ser discutida e consentida pela gestante;
- II. Ter resolutividade quando da chegada do parceiro sexual ao serviço;
- III. Garantir aconselhamento a ambos;
- IV. Garantir tratamento e seguimento ambulatorial a ambos, quando indicado.

O profissional que irá atender deve:

- I. Assumir uma postura acolhedora, e não julgadora;
- II. Reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- III. Identificar as crenças e os valores do cliente acerca das DSTs, HIV e AIDS;
- IV. Utilizar linguagem compatível com a cultura do cliente;
- V. Informar sobre o teste que será realizado;
- VI. Informar sobre as possibilidades de resultados, procedimentos e conduta em caso de resultado reagente;
- VII. Conhecer informações específicas sobre a Sífilis congênita;
- VIII. Explicar as complicações decorrentes da não realização do tratamento ou deste ser incompleto ou da automedicação;
- IX. Monitorar e documentar a realização do tratamento.

Assim, no caso da Maria do Socorro, como debatido nos temas “Gestação e HIV” e “HIV e Saúde bucal” é importantíssimo acessarmos o risco de transmissão vertical, que é maior quando há diagnóstico de AIDS. No caso, a dentista Juliana verificou que havia lesão vegetante em palato duro, pediculada, de cor semelhante à mucosa, além disso, a língua apresentava uma pseudomembrana esbranquiçada e perda horizontal de osso alveolar. Poderia se tratar de manifestações clínicas do vírus da AIDS e Maria do Socorro não estar sendo acompanhada de fato no centro de referência, como alegado. Nesse caso, a articulação da RAS é fundamental, para apoio colaborativo entre equipamentos de saúde. Um aspecto fundamental para a equipe de saúde da família é saber manejar as situações em que há dificuldade na adesão ao tratamento, como no caso em questão. A adesão à profilaxia antirretroviral é fundamental para a redução do risco de transmissão vertical, além de salientar a importância do vínculo da equipe de profissionais com a gestante para evitar um “fim tão dramático como a transmissão vertical do HIV”.

Embora Dr. Marcelo já houvesse alertado sobre a importância do uso dos medicamentos da TARV, Elza (enfermeira) constatou indícios de que Maria do Socorro não havia aderido ao tratamento.

A adesão ao tratamento se coloca como um dos maiores desafios da atenção às pessoas que convivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2008). Entre os fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento estão: a complexidade do regime terapêutico; a precariedade ou até mesmo a ausência de suporte social-afetivo e/ou material/instrumental; habilidades cognitivas insuficientes; não aceitação da soropositividade; depressão e ansiedade; receios sobre os efeitos colaterais da TARV; relação insatisfatória do usuário com a equipe de profissionais; dificuldade de organização para se adequar às exigências do tratamento na rotina diária, entre outros (BRASIL, 2008).

Mais informações em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/apostila_material_instrucional.pdf>, acesso em: 13 de abril de 2015.

A compreensão dos aspectos envolvidos na falta de adesão de Maria do Socorro ao tratamento é o primeiro passo para o manejo e a superação do problema. É na escuta que os contextos individuais vão se aflorar e poderão ser apropriados pela equipe, permitindo uma abordagem adequada e resolutiva, procurando superar as dificuldades e fortalecer os aspectos que favoreçam a adesão (BRASIL, 2008). No caso de Maria do Socorro, cabe à equipe identificar e trabalhar os aspectos relativos à falta de adesão ao tratamento e procurar, de diferentes formas, sensibilizá-la sobre a importância desse ato para a prevenção da transmissão vertical da doença para seu filho. Nesse sentido, ainda que o manejo de casos com esse seja de competência de centros de Pré-natal de Alto Risco, vemos aqui um papel fundamental das equipes de saúde da família.

Conseguimos notar que até certa altura do caso, a enfermeira Elza e o Dr. Marcelo estabeleceram bom vínculo, demovendo Maria do Socorro, inclusive, da ideia de abortamento. Elza realizou consulta de enfermagem. Vale ressaltar aqui os marcos legais que viabilizam a consulta de enfermagem nesse âmbito:

A Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco.

Segundo a Lei do exercício profissional, baseado nas portarias e Rede Temática vigentes, cabe ao profissional Enfermeiro que atua no serviço da Atenção Primária   Saúde, realizar o acompanhamento das gestantes de baixo risco, segundo apoio dos Protocolos Municipais e em consonância com as diretrizes nacionais (Ministério da Saúde) e a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, assim como identificar aquelas que possuam risco, **procedendo ao devido encaminhamento para avaliação médica e seguimento.**

As gestantes de risco encaminhadas ao serviço especializado poderão ser acompanhadas pelo Enfermeiro da APS por meio de visitas domiciliares, grupos educativos e consulta de enfermagem.

Enfatiza-se que esse acompanhamento não substitui a consulta médica do especialista e o seguimento no serviço de referência de alto risco.

O Enfermeiro deverá ainda realizar a Consulta de Enfermagem às gestantes utilizando o Processo de Enfermagem previsto na Resolução COFEN N  358/2009.

Ainda sobre o manejo de situações de risco que impactam diretamente na mortalidade materno-infantil, há que se destacar o diagnóstico rápido de HIV e Sífilis que estão sendo implementados na rotina das UBS. Para saber mais sobre os testes rápidos, [consulte este material](#).

Além dos aspectos relativos à vigilância da saúde da mulher e DSTs destacados até aqui, observamos no caso a situação do trabalho em equipe. Houve uma marcada mobilização da equipe para o acompanhamento da Maria do Socorro, com uma grande intera o entre os vários profissionais, desde sua chegada em consulta de demanda espontânea médica, a consulta odontológica, da enfermagem e as visitas domiciliares. A equipe identificou muito bem a situação de risco, o que garantiu acesso rápido da paciente ao sistema de saúde, função primordial da Atenção Primária. No entanto, não houve tempo ou orientação para uma abordagem mais ampliada e sist mica. Ocorreu uma quebra do vínculo habilmente conseguido pela Elza devido a uma desarticulação com o Núcleo de Apoio   Saúde da Família.

A estratégia dos cuidados colaborativos (matriciamento) prevê que as condutas e decisões sejam compartilhadas e haja apoio   articulação da rede de atenção   saúde, o que não aconteceu nesse caso. As fragilidades e potencialidades do trabalho integrado entre equipes de ESF e NASF serão abordados mais detalhadamente em unidade específica neste curso, mas   possível perceber que, assim como no caso estudado de Vila Santo Antonio, há ainda comunicação insuficiente e pouca intera o entre as equipes. Muitas vezes isso de s  em decorrência da sobrecarga de trabalho das equipes e falta de organização para trabalho conjunto.

Nabas, autor do tema de [Maus-tratos](#), aponta que, no presente caso, o Conselho Tutelar não exerceu de forma contundente o seu papel de articulador das redes de proteção e de apoio, uma vez que a própria Equipe de Saúde da Família, que poderia contribuir de maneira decisiva, não tinha conhecimento prévio dos fatos de uma maneira consistente, de modo a desenvolver a es concretas para o enfrentamento da violência intrafamiliar.

É preciso considerar que as Equipes de Saúde da Família têm um papel importante na abordagem da violência doméstica, uma vez que as atividades realizadas possibilitam estreitar as relações dos serviços com os usuários e a comunidade, facilitando a identificação de famílias de risco, as possíveis redes sociais de apoio disponíveis e a prática interdisciplinar dos profissionais envolvidos no atendimento (MARTINS, 2007).

As consultas dos profissionais descritas no caso, em que Maria do Socorro exp  suas angústias, medos, aflições e amarguras, demonstraram que os profissionais valorizaram a queixa e incentivaram a paciente a falar de seus sentimentos e necessidades, tal como é preconizado no Método Clínico Centrado na Pessoa. “A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades” (BRASIL, 2010, p. 24). O tema [Acolhimento](#), de Anelise Abrahão, traz uma reflexão sobre a importância dessa “postura acolhedora” nos serviços de saúde.

Apesar da perda de vínculo com a UBS, notamos que a enfermeira Elza, muito atenta aos riscos para mortalidade materno-infantil, não só se esforçou para o melhor atendimento   Maria do Socorro quanto se preocupou em passar informações relevantes para outra UBS, entendendo que a atuação do profissional na rede de saúde não se restringe, muitas vezes, ao seu território de abrangência.

Conclui-se que a complexidade do caso de Maria do Socorro exige ação interdisciplinar da equipe de saúde, incluindo os profissionais do NASF, com comunicação permanente entre seus membros e com os serviços de referência (BRASIL, 2008), e o desenvolvimento de ações intersetoriais para o apoio social que o caso exige, buscando a integralidade da atenção a essa família e que esses esforços sejam coincidentes com as diretrizes da Rede Cegonha.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Caderno n. 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Manuais; n. 84).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica – SIAB: indicadores 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de ação nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, s/d. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 10 ago. 2015.

MARTINS, N. R. O. **Deteção da violência familiar contra a criança na população adscrita ao PSF**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2007.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde CODEPPS. Área Técnica de Saúde Bucal. **Nascendo e crescendo com saúde bucal:** atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2007.