

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza**Trabalho 1356 - 1/4**

ENTRAVES OPERACIONAIS DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE UM PACIENTE DA ZONA
RURAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA.

ARAÚJO, Ariane Fonteles¹

PASSOS, Andersom Aguiar²

LIMA, Maria Alzete de³

HOLANDA, Michelli Favaro⁴

FERREIRA, Fabíola Rodrigues⁵

Ao observarmos o atual cenário das políticas públicas do Governo Brasileiro, dentro das quais se integram às políticas de saúde, identificamos o estabelecimento de estratégias com o intuito de melhorar o quadro sanitário e de saúde do País, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal programa foi planejado, construído e executado como parte do processo de evolução no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), atual política de saúde do país (BRASIL, 2001). A metodologia de trabalho sugerida pela estratégia é proporcionar saúde direcionada a aproximar a assistência das áreas de difícil acesso, promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde compulsória, por meio de educação em saúde, ações coletivas e comunitárias, visando o cuidado familiar no aspecto mais amplo de significado. Tal quadro

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UECE. Coordenadora da ESF do Município de Mulungu-Ce.

² Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Auditor do Município de Redenção-CE. Coordenador da Central de Material do Hospital Nossa Senhora da Conceição – CE.

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, bolsista da fundação nacional de apoio à pesquisa – FUNCAP.

⁴ Enfermeira. MBA em Gestão e Auditoria dos Sistemas de Saúde – Faculdades Oswaldo Cruz. Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva – UECE. Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Mulungu-CE. Enfermeira Assistencialista da emergência do Hospital Infantil Albert Sabin – Sabin-Ce.

⁵ Enfermeira. Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Mulungu-CE.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza



Iracema Guardiã

Trabalho 1356 - 2/4

nos sugere e propõe mais avanço para saúde, pois esta Política Pública, não indica começo, meio e fim, mas, sobretudo o propósito de atenção e ação contínua focada no indivíduo, na família e na comunidade. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento, com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos de saúde e na manutenção da saúde, de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (PAIM, 2003). A prática destas equipes, entretanto, encontra dificuldades operacionais em todo o sistema de atenção à saúde, desde a identificação precoce de casos clínicos até o devido acompanhamento pelas unidades de referência em saúde. No Azo deste contexto, e embasado nas experiências vivenciadas pelos autores, deparamo-nos com o caso de um paciente em situação de degradação física, social e de saúde, sem o adequado acompanhamento pela ESF e pelo sistema regionalizado e hierarquizado de saúde. Tal acontecimento fez emergir o interesse na realização deste estudo objetivando descrever os fatores atenuantes para o adequado acompanhamento e manutenção da saúde comunitária pela Equipe de Saúde da Família. Tratou-se de estudo qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso. Decorreu no período de junho a novembro de 2008 no município de Mulungu-Ce. A coleta dos dados ocorreu durante o período de internamento do paciente na unidade hospitalar local através do prontuário clínico. Também foi realizada visita domiciliar pela equipe responsável. O paciente em questão, F.C.M., 68 anos, residente na zona rural do Município de Mulungu - Ce, possuía um verdadeiro reservatório de pulgas pelo corpo, sendo fonte de contaminação do meio onde convivia, caracterizando-se como ameaça a integridade de outros a sua volta. Residia sozinho em uma localidade de difícil acesso para ESF devido a barreiras geográficas ambientais, e possuía limitação cognitiva moderada, o que talvez repercutisse na fuga ao perceber a visita da equipe de saúde da família, permanecendo nesta situação por mais de três anos. Além disso, possuía considerável déficit no auto cuidado. Ressalta-se, ainda, que nos períodos chuvosos do ano (aproximadamente 5 a 6 meses do ano nesta região serrana), os transportes da equipe de saúde da família não conseguem

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza**Trabalho 1356 - 3/4**

atravessar as barreiras físicas (rios cheios, estradas barrentas, estreitas e sem proteção lateral contra acidentes). Todos esses fatores contribuíram para agravar o quadro inicial de infecção, causado pela picada de inseto da ordem do sifonáptero (pulgas) da espécie *Tunga penetrans*, relativamente comum nas zonas rurais, ocasionando dermatopatia importante (VERONESI, 2003). Com o passar dos anos apresentou progressão do quadro com uma lesão profunda que acometia toda a musculatura da panturrilha, (CABRAL, 2000). Infecção fúngica e bacteriana secundária acometeram toda a extensão corporal e o paciente permaneceu com aspecto comparativamente de “couve-flor”, exalando odor fétido perceptível a distâncias consideráveis. Esta aparência, associada à ameaça à saúde da comunidade nas mediações do domicílio do paciente, forçou os populares na procura do serviço de saúde local. Por tratar-se de um problema de saúde pública e considerando o sério comprometimento cognitivo que contribuía na evasão do paciente sempre que a equipe tentava aproximar-se, foi necessária ajuda do poder de polícia para levá-lo ao hospital do Município para receber os primeiros cuidados médicos e de enfermagem. Ao receber o diagnóstico de osteomielite e indicação inicial de amputação do membro inferior seguiu com adequada referência para unidades de atenção secundária e terciária. O paciente seguiu para um Município próximo, Unidade secundária, e foi devolvido sem maiores intervenções, retornando sem resolução do caso. Ressalta-se que em nenhum momento seguiu-se ao princípio de contra referência, impossibilitando o seguimento adequado do atendimento. Na instituição local foram implementados cuidados de enfermagem, dos quais se destacam: higiene pessoal e realização de curativo diário com PVPI tópico; banho de sol; alimentação rica em proteína e vitaminas. O mesmo chegou a ser novamente encaminhado a uma unidade secundária onde realizou limpeza cirúrgica. Para surpresa de toda a equipe, considerando os cuidados associados e a recomendação médica de antibióticoterapia, após dois meses, o paciente recebeu alta hospitalar, sem necessidade de amputação. Seguiu-se com realização de curativos diários e após seis meses, a massa muscular foi recuperada com a total cicatrização da área lesada. Como resultados da análise deste caso destacamos como principais obstáculos na captação precoce e acompanhamento eficaz pela ESF deste paciente as barreiras geográficas e ambientais (chuvas frequentes que

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza**Trabalho 1356 - 4/4**

deixam as passagens de acesso barrentas e intransitáveis, acessos obstruídos por enchentes de rios) e a falta freqüente de transporte pelas equipes. Casos assim se repetem cotidianamente em vários municípios do Estado, confrontando-se com a meta de cobertura populacional integral imposta às ESF em suas áreas de abrangência. Além disso, a falta de resolutividade pelo sistema de referência em saúde nos traz uma reflexão do quanto ainda estamos caminhando na implantação das diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS, pois as ofertas de atenção integral, regionalizada e hierarquizada ainda possuem limitações institucionalmente freqüentes, seja no despreparo de profissionais, na operacionalidade de oferta de vagas ou no descaso na triagem dos pacientes, configurando o quanto ainda persistem questões assistenciais e éticas requerendo a adoção de diversas medidas em defesa das pessoas e da cidadania.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**: programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 250p.

CABRAL, J.A.S.F.A.P., MARÇAL, R; COELHO, A. P; TEIXEIRA, A. Q.; CABRAL, R. B. P. Revisão anatômica do músculo plantar delgado e sua importância clínica. **Rev. Fisioterapia**. Brasil, 2000 nov / dez;1(2): 98-100.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. Epidemiologia e Saúde – 6ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. Editora Atheneu, 2003; v. 1, p.963-1765.