

REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – texto I

Capítulo do livro Saúde Paideia , São Paulo, Huciec, 2003.

gastão wagner sousa campos – NOVEMBRO/2002

A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO, O RESPONSABILIZAR-SE PELA SAÚDE DA POPULAÇÃO DE UMA MICRO-REGIÃO, E O ENCARREGAR-SE DE CASOS SINGULARES:

A construção de vínculo é um recurso terapêutico. *Therapeutike* é uma palavra de origem grega e significa “eu curo”. Terapêutica é uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes. Não se trata, portanto, de uma preocupação tão-somente humanizadora, mas também do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde.

Um dos meios adequados para a prática de uma clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência.

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente constituir-se-á vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando estes dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando destes pedidos de socorro.

A construção de vínculo depende, portanto do modo como as Equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma micro-região. Depende também do modo como se encarregam de cada caso

específico que necessite de um atendimento singular. Um duplo movimento, nem sempre fácil de ser realizado: um compromisso bilateral, no caso dos profissionais um envolvimento com a saúde coletiva de uma comunidade e com a saúde individual, particularmente daqueles mais vulneráveis.

Este processo não é simples, depende de disposição, mas também de conhecimentos sobre a inter-relação entre pessoas que necessitam de ajuda e a equipe com recursos para intervir. É importante discutir as dificuldades em responsabilizar-se pela saúde dos outros, bem como a de encarregar-se da construção de projetos terapêuticos e do acompanhamento sistemático de casos singulares. Encarregar-se do seguimento de pessoas concretas, com nome, sobrenome, não é tarefa simples.

Um conceito útil para entendermos os vários tipos de vínculos que contraímos ao longo da vida é o de “transferência”. É um conceito originário da psicanálise, mas pode-se adaptá-lo para o trabalho clínico em geral. Quando nos vinculamos a alguém ou a alguma instituição (uma equipe, um centro de saúde) costumamos transferir afetos para estas pessoas ou instituições. Afetos são sentimentos imaginários, apostas que fazemos apoiados na história pessoal de cada um e na imagem que o serviço e o profissional produzem. Estes afetos podem ser positivos ou negativos. Quando positivos eles nos servem de apoio para realizar alguma travessia complicada. Não importa muito se a potência de apoio que transferimos ao outro é real ou não, importa se este outro consegue nos ajudar a enfrentar algum problema, no caso da clínica buscar um diagnóstico – um certo esclarecimento para o sofrimento que nos aflige – e recursos terapêuticos – ações que nos ajudem a enfrentar o problema de saúde. Neste sentido, o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se coloca sob nosso cuidado, mas é também o de ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade das pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida.

Ao clínico cabe identificar o tipo de apoio de que cada um necessita; alguns necessitarão de estímulo para lembrar-se de que estão doentes ou com alguma limitação; outros, ao contrário, deveremos ajudá-lo a se esquecer um

pouco do problema de saúde, valorizando a vida que ainda sempre resta a cada um. Há alguns haveria que se ofertar mais atenção, a outros estimular uma diminuição do consumismo de procedimentos. Há alguns ajudá-los a se cuidar melhor, a olharem mais para os filhos, familiares, comunidade; a outros, ajudá-los a escapar da obsessão de controlar o mundo e de fazer tudo perfeito. E realizar tudo isto durante o atendimento clínico normal: consultas, grupos, curativos, visitas, caminhadas, etc.

Prestar atenção nos padrões de transferência em curso sempre ajuda o profissional, quer em atendimento individual, quer em grupo. Note-se que as transferências serão sempre bilaterais: os pacientes, os grupos, também despertam sentimentos positivos ou negativos entre os profissionais que os atendem: vontade de curar ou antipatia, desejo de educar ou de se ver livre do outro. Ninguém é de pedra, ninguém é absolutamente racional e frio no trabalho em saúde, somos afetados pelo modo de ser de nossos pacientes. Quando alguém se percebe desvalorizado, dificilmente aderirá ao tratamento sugerido. Vender esperança sem mentir, sem falsas promessas, mas ressaltando o sentido que pode ter uma vida saudável. Descobrir qual o tipo de vínculo adequado a cada caso é o desafio para uma clínica de qualidade.

De qualquer modo, a condição básica para a construção de vínculo está, pois, na capacidade da equipe responsabilizar-se pela atenção integral à saúde daqueles que vivem em um dado território; e mais, pela capacidade da equipe encarregar-se de todos aqueles casos que exigem um atendimento especial, seja em razão de doenças ou de outros fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas (idade, gestação, uso de drogas, dificuldades existenciais, sociais, etc).

Examinemos algumas dificuldades para a construção de padrões de vínculo adequado entre equipes e população sob sua responsabilidade (800 a 1000 famílias que vivem em uma micro-região da cidade), bem como entre equipes e algumas pessoas específicas, selecionadas entre as milhares que habitam essa micro-região.

A equipe de referência deve responsabilizar-se pela saúde de uma comunidade (entre três a quatro mil pessoas) e, ao mesmo tempo, destacar de dentro desta comunidade aqueles casos que necessitam de uma atenção individual, encarregando-se do seu atendimento eventual ou sistemático. Não é fácil estabelecer critérios práticos para operar esta seleção, contudo, a clínica de qualidade somente será possível se se conseguir avaliar riscos e, em decorrência, concentrarmos atenção em famílias e pessoas com maior vulnerabilidade.

Sempre haverá recursos insuficientes em saúde, a demanda tende a ser infinita, a maioria não quer morrer ou sequer sofrer, e a medicina e o SUS prometem cuidado e atenção, nossa oferta estimula as pessoas a nos procurarem. A saúde transformou-se em um direito, algo deste direito é possível de ser precisado, outra parte é ambígua, e o direito à saúde é traduzido, na prática, pelo acesso a um exame complementar ou a um medicamento e nunca teremos tudo que as pessoas demandam ou que os profissionais consideram necessário. Por outro lado, sempre poderemos construir um projeto de intervenção que tenha algum efeito terapêutico. Entre o que nos imaginamos como sendo ideal – nem sempre o mais adequado – e nada, há uma infinidade de possibilidades de intervenção prática. Em nome do ideal, muitas vezes ficamos com o nada, o que é um absurdo.

O método Paidéia sugere um modo para atenuar esta peleja entre demanda infinita e finitude de recursos (entre eles, inclusive, a paciência das equipes que é também finita): envolver os pacientes, famílias e comunidade na produção de sua própria saúde. Estimular o autocuidado, valer-se da educação em saúde para aumentar a capacidade das pessoas serem terapeutas de si mesmas. Considerar cada grupo como agentes de saúde de sua própria família e de sua própria comunidade. Compartilhar conhecimentos de saúde com os pacientes e grupos, estimulando posturas saudáveis. Descobrir dentro da própria comunidade pessoas ou grupos de cuidadores que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos: voluntários que apoiem idosos, vizinhas que ajudem mães sobrecarregadas, etc.

Note-se que a eficácia destes métodos de educação em saúde depende do vínculo entre equipe e famílias: somente quando alguém se sente apoiado é que se mostra seguro para arriscar alguns passos por conta própria. Quanto mais impessoal e burocrático o sistema, mais aumenta a dependência das pessoas. Uma criança, deixada a sua própria sorte, levará anos para aprender a andar; outra, super protegida, igualmente terá dificuldade em caminhar sozinha; o melhor é conseguir o apoio necessário a cada criança, em cada fase de seu aprendizado, no começo mais atenção e trabalho, com o tempo mais autonomia e menos trabalho para o apoiador.

Outro recurso para enfrentar este dilema é definir prioridades, separar entre os milhares de pacientes aqueles pelos quais a equipe terá um cuidado especial. Fazer clínica é avaliar riscos e, em função disto, intervir com recursos terapêuticos específicos, conforme o caso e sua fase: remédio, educação em saúde, visita domiciliar, orientações posturais, dietéticas, existenciais, grupos, etc. Um serviço de atenção primária que atende a todo mundo que o demanda e que não consegue distinguir entre os pacientes, não faz clínica de qualidade.

Como realizar isto na prática?

Primeiro: valer-se do próprio atendimento cotidiano da demanda para ir destacando os casos que merecem uma atenção especial. Separá-los, e começar um projeto terapêutico, simples no começo, retornos periódicos, contratar uma visita, solicitar um atendimento em grupo, ou de apoio matricial, depois, algo mais intenso ou, quem sabe, em alguns casos, devolvê-los ao grupo que não requer atenção especial (alta do cuidado intensivo, mas não do Centro de Saúde). Uma gestante jovem e sem companheiro, com problemas sociais, merece um destaque, visita domiciliar, atendimento mais freqüente, intercalado entre médico e enfermeira, prioridade para conectá-la com ONGs ou com o serviço social, etc. Um paciente com uma suspeita de câncer não pode perder-se no fluxo normal (e burocrático) do sistema, deve ser destacado, acompanhado, com retorno garantido e apoio para que tenha assegurado, o mais rápido possível, o esclarecimento do seu diagnóstico.

Por este motivo, estamos alterando as regras para encaminhamento para especialista ou para exames de média e alta complexidade: somente serão aceitos casos com hipótese diagnóstica e avaliação de risco: casos urgentes – atendimento imediato, no dia -; casos com risco – atendimento em até três dias -; e casos normais – que entrarão na lista de espera por ordem de chegada. Exatamente porque temos recursos limitados temos que avaliar riscos e garantir acesso primeiro aos que têm maior possibilidade de morrer ou adoecer gravemente.

Outro exemplo: um pediatra identificou – graças ao vínculo – que uma mãe de gêmeos tinha dificuldade em aceitar uma das crianças, amamentava e cuidava de uma mais do que da outra, que apresentava sinais de abandono e de desnutrição. O que fazer? Modo antigo: preencher um formulário de encaminhamento à equipe de saúde mental, entrar na fila, espera longa. Modo novo: solicitar apoio matricial, comunicar-se com o psicólogo ou psiquiatra mais próximo e explicitar uma prioridade, explicando o risco, com isto, este trio será visto antes que outros pacientes.

Segundo: analisar a fichas familiares de cadastramento elaboradas pelos Agentes de Saúde, identificando aquelas famílias, e dentro delas aqueles indivíduos, que merecem algum tipo de atenção especial: consultas periódicas, grupos de apoio, visitas, fisioterapia, etc. Para isto, é importante que o trabalho de cadastramento não seja apenas formal e burocrático, mas que seja apropriado pelas Equipes, como um instrumento de avaliação de risco e de definição de prioridades. A cada semana, ler, em equipe, o cadastro de algumas famílias e identificar as mais vulneráveis.

Terceiro: priorizar os chamados grupos de risco, para os quais há programas de saúde estruturados: pré-natal, puericultura, idosos, hipertensos, diabéticos, epiléticos, TB, hanseníase, entre outros. É importante que o coordenador do Centro de Saúde, o Núcleo de Saúde Coletiva e os membros da equipe tenham uma avaliação do impacto de sua atuação sobre estes grupos: conhecer indicadores, cobertura de gestantes, época de matrícula no pré-natal, idade das gestantes, porcentagem de parto normal, taxas de

aleitamento materno, cobertura de hipertensos e diabéticos pelo CS, etc, para planejar ações que melhorem a qualidade da intervenção. Importante: dentro de cada um destes grupos é fundamental destacar aqueles com maior vulnerabilidade – orgânica, subjetiva ou social – operando de modo semelhante ao descrito no primeiro item. Os hipertensos não são iguais entre si, idem as gestantes, e crianças.

Quarto: é importante que as Equipes estejam abertas a prioridades construídas por outros parceiros do sistema. Assim, o trabalho de visita dos Agentes de Saúde deve indicar prioridades para as equipes: isto implica em capacitar os agentes a avaliar risco em saúde da mulher, saúde bucal, etc. Pacientes oriundos de outros serviços, ou de outras instituições – escolas, asilos, presídios – podem merecer um destaque e um acompanhamento especial.

Com o tempo, e conforme os recursos disponíveis, cada Equipe irá construindo coortes de pacientes e de famílias que merecem um acompanhamento especial. Uma parte importante da agenda de médicos, enfermeiros, dentistas, dos grupos, deve ser reservada para estes usuários especiais (algo em torno de 50% do tempo disponível). O restante da agenda será reservado para eventos imprevistos destes mesmos pacientes e para manter um atendimento aberto à demanda, sempre a trabalhando conforme descrito no primeiro item.

Concluindo: cada Equipe deverá identificar agrupamentos especiais de usuários que merecem uma atenção destacada. A construção de vínculo com estas pessoas será progressiva e variável conforme o caso. Em geral, o trabalho de equipe é melhor aceito por estes pacientes do que por aqueles que têm um contato eventual com a Unidade de Saúde. A exigência do médico tende a se atenuar, já que estarão sob cuidado de um conjunto de trabalhadores, inclusive do médico. É principalmente nestes casos que a clínica do enfermeiro pode ser exercida em sua plenitude, tanto porque há protocolos específicos, a capacitação é mais tranqüila, quanto porque há maior confiança das famílias em toda a Equipe.

Em caso de ausência de um dos membros da equipe – férias, licenças de saúde, demissão – estes usuários destacados não podem ser deixados a sua própria sorte. São prioritários, o abandono destrói o vínculo construído a duras penas. A equipe, junto com a coordenação e com os apoiadores, deve assumir o projeto terapêutico e o seguimento destes pacientes na medida do possível: reorganizando agendas, redistribuindo atendimento, contratando plantonistas, e, no limite, diminuindo o tempo para atendimento à demanda (acolhimento), estes pacientes são prioritários.

Em várias unidades, ainda há o costume de se dispensar todos os casos agendados para um médico, enfermeiro, dentista, sempre que ele se ausentou. E isto sem uma avaliação de risco, sem saber quem é ou não prioritário. A recepção não é lugar para avaliação de risco, alguém da equipe técnica deve se encarregar de realizar esta avaliação, manejando os casos conforme sua gravidade. Senão continuaremos na burocracia, desmanchando com uma mão o que construímos com tanta dificuldade em meses e meses de peleja.

Por último, a construção de vínculo permite avançarmos na tão almejada “desmedicalização”, ou melhor dizendo, torna possível a ampliação da clínica: valer-se de outros recursos terapêuticos que não somente os medicamentos – educação em saúde, práticas de vida saudáveis, atendimento interdisciplinar, construção de cuidadores na própria comunidade que ajudem a Equipe no cuidado de casos complexos, etc - ; e também valer-se de métodos diagnósticos que não somente exames de laboratório – qualidade de vida, sintomas, vitalidade dos pacientes, etc.

Além disto tudo, cumpre ainda identificar-se problemas de saúde que dependem do contexto sociocultural, articulando-se projetos de intervenção sobre o território ou sobre instituições específicas – escolas, creches, favelas, etc; mas isto merece maior aprofundamento em uma discussão específica.