



Consulta

Maria José Cabral Grillo

Consulta

(...) é preciso que ambos desejem se respeitar mutuamente e colaborar com o outro para o sucesso do tratamento, cujo andamento deverá ser negociado conjuntamente a cada momento crucial, e as decisões que somente o terapeuta poderá tomar deverão ser comunicadas e, neste sentido, partilhadas com aquele que se submeterá à ação. Afinal, o que está em jogo não é uma saúde ideal, objeto de uma fantasia científica, mas a saúde singular do indivíduo singular que está ali sendo tratado. (MARTINS, 2004:29).

Enfim, nossa conhecida de muitos anos, com séculos de idade, nasceu com a própria medicina: a **consulta!** Aquela que Sérgio foi fazer ao médico e acabou fazendo ao enfermeiro.

Do ponto de vista de dicionários da língua portuguesa, é uma palavra substantiva feminina que significa ação de consultar, de pedir uma opinião ou conselho; do ponto de vista da medicina, é um procedimento que, por muito tempo em sua história, foi quase o único recurso terapêutico utilizado.

Acrescentamos que, também por muito tempo, na área de saúde, foi considerada instrumento de trabalho exclusivo do profissional médico. Deixou de ser, e o será cada vez menos, com o avanço do reconhecimento da necessidade de múltiplos olhares e saberes frente à **complexidade do viver e do processo saúde-doença.**

Nesta curta conversa, queremos realçar o seu valor ou significado potencial de encontro entre o usuário e o profissional de saúde. Contudo, para melhor contextualização da nossa proposta da consulta como tecnologia de abordagem ao indivíduo na atenção básica, é essencial que nos reportemos à discussão que foi feita sobre o modelo, no Módulo 2. Ou seja, é preciso que você tenha compreendido que na área de saúde ainda é muito forte o paradigma científico, sintetizado por uma visão cartesiana, biológica e reducionista do ser humano. Essas visões estão impregnadas na sociedade e se manifestam tanto na forma como nós, profissionais, atuamos, quanto nas ações dos demais membros de uma comunidade. “O sintoma deixa de ser representado como sinal ou tentativa de solução de conflito para tornar-se sinônimo de doença. Dessa maneira, tudo parece indicar uma confusão entre sinal e sintoma, sintoma e signo, signo e significado, significado e significante” (MELO; BRANT, 2005:3).

Predomina a lógica que considera que, atuando sobre o corpo doente, por meio da clínica, o médico é capaz de dar conta da singularidade do sujeito (FOUCAULT, 1980) e, ainda, com forte medicalização. Conseqüentemente, ao se sentir doente, o usuário procura a opinião do profissional de saúde que ele sabe que tem mais conhecimento sobre doenças e autonomia para solicitar exames, prescrever medicamentos e encaminhá-lo a outros níveis do sistema, na maioria das vezes. Prevalece o famoso modelo cartesiano que concebe o corpo como uma máquina, que precisa ser consertada caso dê algum defeito; mecanicista, portanto.

Nesse contexto, não só o potencial de intervenção dos demais profissionais, e do próprio médico, quanto outras abordagens ou alternativas

– inclusive as que discutimos anteriormente – ainda são pouco valorizadas. A visão reducionista do ser ainda responde por grande parte da nossa dificuldade – profissionais e usuários – de fazer a passagem de uma rotina de trabalho com indivíduos diagnosticados como doentes para uma prática que considere as ações programáticas de saúde, o acolhimento, a vigilância da saúde, os ambientes saudáveis e a promoção da saúde.

Conforme dados do Ministério da Saúde (MS), “observa-se tendência a aumento do número médio de consultas médicas por habitante apresentadas no SUS”. Em 2005, houve leve queda apenas nas regiões Nordeste e Sul. No período, a região Norte apresentou o mais alto percentual de crescimento (53,8%). Ainda de acordo com o MS, “essa tendência pode refletir aumento da produtividade e da oferta de serviços, além de melhoria do registro de informações” (RIPSA, 2008). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf>>.

Mesmo que essa tendência não se confirme, é certo que, no cotidiano, a maioria das equipes encontra dificuldade em compatibilizar as ações programáticas com a demanda espontânea, pois a consulta médica continua sendo um forte componente do atual modelo assistencial. Nesse sentido, a **análise da demanda por consultas médicas** em sua Unidade sem dúvida poderá instrumentalizar sua equipe para melhor organizar o processo de trabalho, dando especial atenção aos grupos que porventura apresentem uma super utilização. No entanto, não faça uma análise apenas estatística, ou seja, **dê nome e vida aos números**. Procure entender **qualitativamente** essa procura por

uma consulta.

Para reforçar a importância de pensarmos a consulta como um instrumento que deve contribuir com a mudança do modelo, vamos partir de duas premissas básicas:

- todos devem ter acesso ao serviço de saúde para explicitar sua consulta – programada ou espontânea, ao médico, ao enfermeiro ou ao cirurgião-dentista (em se tratando da Equipe Básica de Saúde da Família e Saúde Bucal);
- as possibilidades de consulta habitualmente oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde – clínica médica, odontológica, puericultura, pré-natal, preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama, acolhimento de demanda espontânea – tornam a consulta o encontro entre profissionais e usuários de maior ocorrência.

Enfatizar a importância da relação profissional-usuário (RPU) passa, portanto, a ser uma estratégia para a superação desse possível desencontro da atenção básica com a sua essência.

Aspectos do encontro que se dá na consulta

Talvez por ser tão familiar, a consulta não tenha o destaque que deveria ter como estratégia de mudança do modelo assistencial. Ela deve ser considerada um momento privilegiado de acolhimento, de escuta qualificada do usuário em sua singularidade: recebê-lo com o seu mundo- vida integral no consultório.

Cabe explicitar nesse encontro todos os aspectos discutidos neste Módulo que, desde o início, busca refletir sobre as relações entre seres humanos. Entre outros aspectos, deve considerar: o resgate da relação entre sujeitos autônomos e o respeito a essa autonomia; a valorização e sinergismo dos diferentes saberes envolvidos na relação; os aspectos socioeconômico; a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade; a dimensão simbólica e psíquica do adoecer; a relação de poder presente nas relações entre sujeitos; os aspectos éticos; a aplicação de conceitos teóricos, como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo; as necessidades apresentadas pelos usuários como centro de

todas as suas ações; a negociação e a participação do usuário nas tomadas de decisão; e a necessidade de ter domínio e aplicar saberes profissionais específicos.

No encontro estabelecido na consulta, o usuário deve perceber que uma mudança está em curso no sistema de saúde. Esse é um encontro no qual o vínculo pode ser estabelecido na perspectiva de soluções conjuntas para a necessidade premente, que gerou a consulta e outras necessidades subjacentes e futuras. A capacidade de escutar o usuário deve ser considerada elemento fundamental para o estabelecimento de laços de confiança e de vínculo. Neste ponto, sugerimos rever os requisitos “técnicos” listados na discussão do tema acolhimento, neste Módulo. Atente, também, para a linguagem corporal e gestual.

A percepção de que foi ouvido faz com que o usuário se identifique com o profissional, principalmente quando este explica como entendeu seu quadro de sofrimento, utilizando linguagem simples. Deve ficar evidente para o usuário que o profissional que o está atendendo se preocupa com ele, com sua família e com a comunidade com a qual se relaciona. É preciso que fique evidente a responsabilidade sanitária da Equipe de Saúde da Família com o seu território.

Aspectos vitais, como a adesão ao tratamento, podem ser construídos – ou destruídos – nesses encontros. Uma forma de destruí-los é assumir posição prescritiva quanto à necessidade de mudança de hábito de vida, por exemplo, sem o estabelecimento mínimo de uma relação empática, solidária. Por outro lado, fazer escuta atenta, agendar retorno, indicar a possibilidade de uma visita domiciliar são aspectos vitais para a construção de uma rede de recursos terapêuticos que deve ser sistematicamente estabelecida.

É preciso, portanto, utilizar de forma adequada o potencial e a força simbólica da consulta, legitimando o novo papel social que ela pode exercer. Uma consulta respondida por um profissional com formação humanista pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde assim como “um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde- doença” (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

A cura de uma doença tende a corresponder à extinção dos sintomas que indicam mau funcionamento no organismo pensado não como um todo, mas como uma máquina. Mas a doença pertence ao doente e é o índice de alguma enfermidade que tem o acometimento de algum órgão ou sistema em particular apenas como efeito, não como causa da enfermidade. O objetivo do tratamento do doente passa a ser não a extinção do sintoma somente, mas a reabilitação do indivíduo como um todo, como uma unidade somatopsíquica, como um ser humano enfraquecido que necessita de apoio e tratamento inclusive após a extinção de sintomas, para reencontrar uma potência comprometida (MARTINS, 2004:29).