

Unidade 2

Tecnologias educacionais para a
abordagem ao indivíduo, família e
comunidade

Unidade 2

Tecnologias educacionais para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade

A escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. Essa aproximação, sem dúvida, trouxe como consequência, na maioria das Unidades Básicas, expressivo aumento da demanda espontânea. Assim, tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, portanto, deem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção.

A visita domiciliar e o acolhimento são bons exemplos de tecnologias que estão inseridas neste contexto. Além dos dois exemplos citados, queremos discutir com você mais duas tecnologias ou estratégias: o trabalho com grupos e a consulta. Você já as conhece e as utiliza há mais tempo. Talvez exatamente porque já fazem parte do fazer do profissional de saúde no modelo tradicional, não têm sido foco de reflexão na perspectiva de outro modo de fazer.

Nesta Unidade, portanto, discutiremos os temas: acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar e consulta. Desejamos que, ao final, você seja capaz de:

- discutir humanização como aprimoramento das relações humanas, essencial para a produção da saúde;
- compreender acolhimento como processo contínuo de construção de vínculo com usuários, famílias e comunidade;
- explicar a proposta teórica do grupo operativo;
- argumentar em favor do trabalho com grupos como uma tecnologia a ser utilizada pelos profissionais de saúde;
- compreender a importância da interdisciplinaridade para o desenvolvimento exitoso do trabalho com grupos;
- identificar finalidades das visitas domiciliares em seu processo de trabalho;
- compreender a importância de sistematizar os registros das visitas domiciliares;
- reconhecer o significado da consulta como encontro entre o usuário e o profissional de saúde com potencial de transformação do cuidado com a saúde;
- compreender a importância da entrevista motivacional na prática educativa.

Seção 1

Acolhimento

A Unidade de Saúde de Vila Formosa tem novidades. Após dois meses de discussão e de capacitação de toda a equipe, implantaram o acolhimento. Depois de um período de experiência, terão, brevemente, uma reunião do Conselho Local de Saúde para discutir a proposta. Vamos ver o que está acontecendo.

Equipe de Saúde Verde, Curupira – Cena 1: Uma pessoa reclama

Sérgio chegou à Unidade de Saúde de Vila Formosa I às 15 horas, um pouco irritado. Márcia, recepcionista da Unidade, cumprimentou-o, perguntou seu nome e em que poderia ajudá-lo. Ainda, disse a ele que seu nome era Márcia.

Sérgio: Eu já sei que o serviço daqui não está bom e que vocês não estão conseguindo atender todo mundo. Eu preciso ser atendido pelo médico agora, pois estou com dor há cinco dias.

Márcia: O senhor tem razão.

Sérgio (surpreso com a resposta): Como assim?!

Márcia: Nós realmente não estamos dando conta de atender a todos que querem uma consulta médica, apesar da Dra. Renata ser pontual e ter uma agenda cheia. Mas o senhor será atendido pelo enfermeiro Pedro Henrique nesse instante, aguarde só um pouquinho.

Sérgio: Pelo enfermeiro? Não resolve meu problema!

Márcia: Converse com ele. Ele vai ajudá-lo no que for possível. Se for necessário, ele encaminha o senhor para o médico. Queremos que o senhor se sinta bem. Sábado temos uma reunião do Conselho Local de Saúde e vamos discutir esse problema que o senhor mencionou. Queremos que o senhor esteja bem para poder participar!

Sérgio: Vamos ver, vamos ver.

Após o atendimento feito pelo enfermeiro Pedro Henrique, Sérgio se dirige a Márcia: “Que dia mesmo é a reunião? Precisamos discutir como ajudar a Unidade a divulgar o seu trabalho”.

Esperamos ter aguçado a sua curiosidade para saber o que o Pedro Henrique conversou com o Sérgio. Vamos deixar você esperando pela Seção 4. Consulta da unidade 2 (tecnologias educacionais para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade). Agora, o que queremos discutir é a forma como o usuário foi atendido na recepção da Unidade Básica de Saúde.

1.1 Acolhimento e os princípios do SUS

Não é possível discutir acolhimento nos serviços de saúde sem relembrar princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Lei nº 8.080, tais como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Também não é possível discuti-lo sem que venha à tona o cuidado como ação humana fundamental (BRASIL, 1990).

O *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* define acolher como: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Estamos falando de uma forma de relação em que o profissional de saúde, que se reconstrói em seu processo de trabalho, atua de forma a possibilitar que o usuário construa sua própria saúde, com autonomia. Para tanto, ele ouve com atenção, admite o saber do outro em seu mundo de saberes acadêmicos, leva em consideração o que o outro expressa, qualquer que seja o modo de comunicação. É assim que todos nós gostamos de ser atendidos em qualquer serviço: gostamos de ser acolhidos!

Podemos dizer, portanto, que desde o início desta disciplina estamos falando de um acolhimento cotidiano, nas relações pedagógicas estabelecidas entre todos os envolvidos no processo de produção de saúde.

Cada “gente” é sujeito de sua vida e deve *ser respeitado, acolhido, visto e atendido de forma integral*, numa relação que gera *vínculos* institucionais e emocionais. Isto vale para abordagens coletivas e individuais (no *consultório* ou no *gabinete odontológico*, na *recepção*, no *local de espera*, na *sala de vacina*, na *sala de procedimentos*, na *garagem* da ambulância que também é “sala” de espera e outros – que você sabe bem quais são!).

Esta é uma das dimensões do acolhimento, do nosso ponto de vista, a mais importante: o ato de acolher de modo que demonstre a preocupação com o outro, a disponibilidade para cuidar, para fazer o melhor possível. Cuidar pressupõe um encontro afetivo – com laços de humanidade – e efetivo – do ponto de vista de identificação e resposta às necessidades singulares de saúde do usuário. É uma dimensão comportamental que deve ser mobilizadora de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde para uma atenção focada no usuário.

Algumas vezes você pondera que também quer ser acolhido pelo usuário? Tudo bem, isso é o que todos queremos, a todo o momento: viver relações acolhedoras. Contudo, como agente do processo de trabalho em saúde, o que deve distinguir a sua postura da postura daquele que você assiste – e que muitas vezes não acolhe você – é a essência da prática profissional que escolheu, é o “cuidar como ofício”. Talvez seja a construção dessa concepção que nos permite entender a proposta de **humanização dos serviços de saúde** como política nacional que propõe humanizar o que é humano. É um aprimoramento das relações humanas, essencial para a produção da saúde. É preciso construir vínculos com a comunidade para que você também seja acolhido. É essencial que fique perceptível, no comportamento da equipe, a compreensão de que vínculo

significa “a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Sob esse aspecto, o acolhimento se concretiza como “tecnologia do encontro”, que se constrói no cotidiano (BRASIL, 2006b).

Mas é preciso, também, (re)construir os laços de solidariedade entre aqueles que trabalham juntos na Unidade; arguir as condições de trabalho; dignificar os espaços físicos de atenção; flexibilizar as relações hierárquicas de poder, entre outros aspectos que precisam ser humanizados no nosso cotidiano.

Se os usuários compreenderem os objetivos do acolhimento e, nas situações concretas, se sentirem de fato acolhidos, escutados, cuidados, isso pode facilitar o entendimento de outros e diminuir algumas tensões. Ainda, se a existência do acolhimento for produtora de cuidado e inclusão para os usuários, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais esse dispositivo, aumentando suas chances de sustentabilidade e, conseqüentemente, a legitimidade da atenção básica (BRASIL, 2013, p. 47).

Para saber mais sobre a Política Nacional de Humanização

Como política, a humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004b).

O acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário (SOLLA, 2005). Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduz a ideia do acolhimento como **diretriz operacional**.

ATENTE PARA ISSO...

Estar disponível para escutar pressupõe alguns requisitos “técnicos”, além do seu real interesse de acolher de forma cuidadosa, preocupando-se com a enfermidade ou o sentimento de enfermidade do usuário. Algumas dicas:

- Tente **compreender exatamente** o que o outro pretende comunicar-lhe.
- Coloque-se em frente à pessoa que está falando e olhe para ela, **de preferência olhe nos seus olhos**.
- **Ouça sem interromper, mesmo quando estiver em desacordo**. Dê ao outro a oportunidade de expressar-se até o fim.
- Enquanto ouve, não se distraia com sons, acontecimentos do ambiente ou conversas paralelas.
- **Não prepare a resposta enquanto o outro fala**. Se assim você fizer, não compreenderá o que ele tem a dizer e, conseqüentemente, sua resposta pode ser inadequada.
- Antes de dar sua opinião, **certifique-se de que compreendeu**. Você pode fazer isto repetindo o que ouviu para que o outro confirme ou não.
- **Não antecipe o que o outro vai dizer**. A pessoa sente-se desrespeitada e desvalorizada.
- Tome cuidado para **que suas preocupações e preconceitos não integrem sua fala** e mudem o sentido do que você gostaria de dizer.
- Cuidado para **não selecionar o que ouve**, isto é, ouvir só o que lhe convém.
- Quando estiver ouvindo, **distinga fatos de opiniões e impressões**.

1.2 Algumas modelagens de acolhimento na Estratégia Saúde da Família

- 1) Acolhimento pela Equipe de Referência do Usuário: um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, interagindo com os usuários sobre as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades.
- 2) Equipe de Acolhimento do dia: em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe fica na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade.
- 3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia)

Destaca-se, entre outros, o princípio da equidade no Acolhimento. Para tal, deve-se avaliar o risco e a vulnerabilidade das pessoas à espera do acesso no serviço de saúde. O atendimento não pode ser por filas ou ordem de chegada. O acesso com equidade deve ser o enfoque no Acolhimento da demanda espontânea. Isso pode ser feito pela adoção da avaliação/estratificação do risco para identificar situações de maior urgência e priorizar o atendimento.

Seção 2

O trabalho com grupos

El contacto con los pacientes, el intento de establecer con ellos un vínculo terapéutico, confirmó lo que de alguna manera había intuido; que tras toda conducta “desviada” subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p.9).

Pichon-rivière

Adamson (2000), em “O ECRO de Pichon-Rivière” – ECRO = Esquema Conceitual Referencial e Operativo – tece comentário sobre a vida de Pichon-Rivière (1907-1977). Informa, entre outras coisas, que Enrique Pichon-Rivière nasceu em Genebra, em junho de 1907, e imigrou para a Argentina com sua família quando tinha três anos. Cresceu tendo que articular dois universos diferentes, o de sua família, proveniente da burguesia do sul da França, e o da cultura guarani da região do Chaco, na Argentina. Provavelmente, esse contexto influenciou sua atuação como profissional e intelectual, sempre articulando diferentes campos problemáticos. Como estudante de medicina, problematiza seu saber a partir das modernas concepções sobre o psicossomático. Estudando psiquiatria, nela inclui todos os desafios da psiquiatria dinâmica, como psiquiatra articula todos os desenvolvimentos da psicanálise (...). Enrique Pichon-Rivière descobre um novo campo de indagação, conceitualização e intervenção que transcende o discurso do paciente. Propõe a passagem da psicanálise à psicologia social (...) descobre um novo continente, porém não no sentido de território a ser conquistado ou mesmo de um lugar para se viver, mas como um lugar de produção. Para ele, os conceitos teóricos são conceitos instrumentais para apreender a realidade e sobre ela intervir. É um conceito similar ao que será proposto, anos depois, por Michel Foucault, com sua teoria da caixa de “ferramentas”.

Uma longa tradição tem marcado a utilização de trabalho com grupos na área da saúde, tanto na atenção à saúde psíquica quanto à saúde somática. Nos anos de 1970, os grupos denominados operativos ganharam destaque devido ao grande potencial de aplicabilidade e à sistematização maior que traziam para o processo de trabalho. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde. Provavelmente, o trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção básica. É possível, até, que alguns usuários participem em mais de um dos grupos formados na Unidade, considerando que, geralmente, eles têm como um dos critérios organizadores um agravo à saúde, como diabetes e hipertensão, ou uma situação específica, como gestação ou adolescência.

Discutir esse fazer é fundamental quando nos propomos a refletir sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. É possível que sua equipe considere um desafio manter um grupo funcionando, tanto do ponto de vista quantitativo (frequência dos membros, por exemplo), quanto qualitativo (participação efetiva e resultados).

Com a Equipe de Saúde da Família de Vila Formosa, podemos reconhecer um pouco dessa situação. Analisemos parte de uma reunião dessa equipe:

Equipe Verde, Curupira - Cena 2: Reunião da Equipe

Equipe reunida no quintal do centro de saúde à sombra do abacateiro, pessoas sentadas em bancos e cadeiras, uma pessoa sentada à frente de uma mesa, com um caderno.

Renata: Vamos começar a reunião? Hoje, também, a Aline deve chegar mais tarde, pois tem reunião da Associação, e José Ribeiro está em férias. Mariana, você pode ler a ata para nós?

Mariana: Acho que desta vez ficou mais fácil fazer a ata. Será que é porque estamos melhorando nosso processo de trabalho? Tomara que sim!

Após a leitura da ata...

Renata: Cláudia vai fazer a ata da reunião de hoje. Obrigada. O primeiro assunto da reunião é o grupo de hipertensos.

Pedro Henrique: Precisamos discutir, mesmo, porque está muito esvaziado. Ontem fiz a reunião com três pessoas. E eram diferentes daquelas que vieram na semana passada. E, pior, estavam com a pressão lá em cima.

José Antônio: Deve ser por isso que vieram: para você mandá-los consultar com a Renata.

Pedro Henrique: Estou sentindo que o grupo não está evoluindo. Acho que não conseguimos sair da fase de pré-tarefa. Às vezes eu acho que não conseguimos nem estabelecer a finalidade do grupo.

José Antônio: Mas a finalidade não é o controle da pressão? Eles sabem que o grupo é para isso. Só que eles vêm por outros interesses...

Renata: Todos nós temos interesses, desejos, outras intenções além daqueles que explicitamos. No trabalho com grupo, temos que saber lidar com isso.

Marco Antônio: Pedro Henrique questionou a finalidade, Renata falou de segundas intenções. Que complicação é essa? Não juntamos os hipertensos para falar de hipertensão e como aquela gordurinha e o sal que eles comem todo dia prejudicam?

Renata: Muitas vezes a prática é essa que você descreveu, Marco Antônio. Os grupos são utilizados de forma inadequada pelos profissionais e pelos usuários, como se fosse uma troca de favores: eles nos suportam repetindo sempre as mesmas coisas e nós trocamos a receita ou possibilitamos acesso ao médico. A mudança de comportamento desejada não ocorre a partir da imposição de normas, em uma relação pedagógica de simples condicionamento. Essa relação foi abordada no curso de especialização que estamos fazendo.

Pedro Henrique: Aqui nós trabalhamos com grupos, tendo como base o conceito de grupo operativo e a teoria do autocuidado; não é tão simples como a gente pensa, Marco Antônio. É preciso desenvolver algumas habilidades para ser um bom coordenador de grupo operativo.

Marco Antônio: Grupo operativo? Fale para nós sobre isso!

Para refletir...

Considerando que o grupo é um espaço importante para ações educativas em saúde, no qual o profissional quer que ocorra aprendizado, na sua Unidade, os coordenadores de grupos veem os usuários como sujeitos com capacidade para se apropriarem do saber produzido historicamente e para construir sua própria humanidade histórico-social?

2.1 Grupos operativos – abordagem teórica

Encontramos na prática e na literatura várias nomenclaturas para designar o trabalho com grupos: grupo temático, grupo de intervenção, oficina de dinâmica de grupos, grupo de encontro/vivencial, grupo de adesão ao tratamento, grupo de promoção da saúde, grupo terapêutico, entre outros. Importante ressaltar que não é só uma questão de nomenclatura; há modalidades e referenciais teóricos diferentes. Algumas são subcategorias de outras.

Considerando os objetivos desta Disciplina, pontuamos duas vertentes amplas: grupos socioeducativos e grupos psicoeducativos. Ambos são organizados tendo como pressuposto o processo educativo, ou seja, a intenção é possibilitar a aprendizagem para mudança de comportamentos, de hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado. Enquanto o grupo socioeducativo está mais voltado para os aspectos socioculturais que interferem na condição de saúde e doença, o psicoeducativo remete aos processos psíquicos. Zimerman (2007) classifica os grupos, segundo o critério de finalidade, em operativos e psicoterápicos. Divide, ainda, os grupos operativos em quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos.

Podemos afirmar que há tendência dos profissionais de saúde em denominar e generalizar toda atividade de grupo como grupo operativo. Isso acaba por reforçar alguns equívocos teórico-técnicos, pois o termo grupo operativo não se refere apenas a uma técnica específica ou a um tipo de grupo. O grupo operativo é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon-Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa. Essa abordagem teórica tem sido muito utilizada, por exemplo, para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de enfermidades crônicas.

Para Pichon-Rivière, o **grupo operativo** cumpre uma função terapêutica, pois se caracteriza por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc. Ele definiu “grupo” como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

O grupo se une em torno de uma “tarefa” que é compreendida no nível consciente, mas que também traduz uma dimensão afetiva existente no seu inconsciente. Assim, um nível de funcionamento do grupo é lógico e relacionado à tarefa e outro está envolvido

com as suas emoções e com sua dinâmica psíquica, seus medos, suas fantasias, seus desejos, etc.. Os objetivos conscientes do grupo delimitam a sua tarefa externa. Mas, ele também tem uma tarefa interna, que é trabalhar com os processos que dificultam ou mesmo impedem a realização da tarefa externa e até mesmo o funcionamento do grupo – em níveis consciente e inconsciente (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

A dinâmica de um grupo que está reunido para produzir algo é marcada por três momentos: pré-tarefa, tarefa e projeto.

A **pré-tarefa** é o momento em que predominam mecanismos de dissociação, com finalidade de defesa dos sentimentos de culpa e ambivalência, dificuldades de tolerância, frustração e postergação. Todo grupo, ao formular os seus objetivos, se propõe a uma mudança ou realização. Mas, também, apresenta um grau menor ou maior de resistência a essa mudança. Diante da possibilidade dela ocorrer, deixa evidentes os medos básicos de perda e de ataque, isto é, o medo de perder o que já tem – inclusive a própria identidade – e que se manifesta por ansiedade. Por outro lado, há o medo do desconhecido, que se liga a uma ansiedade paranoica ou persecutória. Tal resistência à mudança provoca entraves psíquicos e afetivos à aprendizagem e à comunicação intragrupo (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

A **tarefa** é o momento em que se rompe a estereotipia, e os sentimentos que surgem no momento da pré-tarefa são elaborados, avançando na consecução de seu objetivo. A execução da tarefa acarreta enfrentar alguns obstáculos relacionados a conceitos preestabelecidos que devem ser desconstruídos e reconstruídos. Para o grupo, significa trabalhar sobre o objeto-objetivo (tarefa externa/explicita) e sobre si (tarefa interna/implícita). Nesse momento, alcança-se mais operatividade e criatividade, podendo-se sistematizar objetivos e realizar tarefas propostas ou novas tarefas. O grupo está em tarefa implícita quando se dedica a elaborar as ansiedades e contradições que emergem no transcorrer do processo grupal.

No momento do **projeto**, uma vez alcançado um nível de **operatividade**, o grupo pode se planejar (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000; PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989). Assim, a operatividade está relacionada com o processo de mudança, da operação de transformação da realidade.

Para refletir: momentos do processo de trabalho com grupos...

Sua equipe tem consciência desses momentos do processo de trabalho com grupos? Há uma reflexão sobre a tarefa interna dos membros do grupo e os diversos comportamentos e as reações de cada um? Como lidam com esses comportamentos e reações? A reduzida adesão a abordagens que traduzem mudança de comportamento dos portadores de doenças crônicas (e de promoção da saúde) pode estar relacionada à inabilidade da maioria dos profissionais da Equipe de Saúde da Família de trabalhar com grupos?

Esses momentos do grupo (pré-tarefa, tarefa e projeto) não seguem uma lógica linear e cumulativa. Pelo contrário, todo grupo apresenta ambivalências, regressão, dispersão diante da constante demanda de sustentar seu processo e refletir sobre ele. Isso quer dizer estar continuamente se reorganizando e se recriando. É o que acontece quando o sujeito está exercitando a mudança de hábitos. Ou seja, processa a revisão – em um sentido imaginário, a destruição – de seus ideais para que possa reconstruí-los, procurando a realização da tarefa. Pichon-Rivière enfatiza, então, uma “recriação do objeto destruído”, isto é, a recuperação de uma imagem do grupo e dos seus objetivos, mas sempre de forma renovada (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

2.2 Papéis desempenhados em um grupo operativo

Cada um dos participantes de um grupo constrói seu papel em relação aos outros, resultando a atuação característica de cada membro do grupo. Os papéis sociais constituintes de um grupo em tarefa podem ser classificados em duas categorias: informais e formais.

Em relação aos **papéis formais**, a teoria de grupo operativo propõe dois: o de coordenador e o de observador da dinâmica grupal. O **coordenador** deve contribuir para que o grupo foque sua operação e realize sua tarefa interna reflexiva, por meio de intervenções interpretativas, para atingir a condição de desenvolver sua tarefa externa. A explicitação e interpretação dos fatores implícitos que emergem no desenvolvimento do grupo permitem aos membros tomar consciência e enfrentar obstáculos que, se permanecerem inconscientes, continuarão a interferir na realização da tarefa externa (PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989).

Cabe ao coordenador manter o grupo centrado na tarefa e favorecer a fala de todos, estimulando a expressão dos sentimentos, assim como a comunicação entre os membros do grupo e com ele; estar atento à necessidade de reforço à autoimagem e à autoestima; fornecer as informações necessárias e adequadas – as informações devem ser aquelas que o grupo explicita como necessárias. O coordenador deve, ainda, ser um facilitador da interação entre os membros do grupo e ser capaz de lidar com os vários papéis que os membros do grupo interpretam.

Os desempenhos em **papéis informais** emergem espontaneamente no cotidiano das atividades de um grupo. Pichon-Rivière descreveu quatro modalidades desses papéis: líder, porta-voz, “bode expiatório”, sabotador.

Sinteticamente, o líder é geralmente aquele que favorece o trabalho do grupo, estimula ou sugere o desenvolvimento de suas atividades; o coordenador deve aproveitar a capacidade do líder espontâneo que emerge do grupo para auxiliá-lo em seu papel de coordenador. O porta-voz expressa os conteúdos latentes da grupalidade – ansiedades, conflitos, busca de autonomia, etc.; manifesta o que Pichon-Rivière denominou **verticalidade** – o indivíduo e sua história de vida – e a **horizontalidade** – o aqui e agora do processo grupal. O “bode expiatório” personifica os aspectos difíceis ou

amedrontadores da vivência do grupo. Aquele que dificulta ou que obstrui as propostas no processo grupal é o sabotador. Todos esses papéis podem ser expressos de diversas maneiras (ação, palavras ou silêncio).

Ao assumir a coordenação de um grupo, você poderá conduzi-lo melhor se puder interligar, por exemplo, dificuldades diante da tarefa externa (digamos, a necessidade de mudar os hábitos sedentários dos componentes do grupo) e ansiedades e conflitos que essa tarefa provoca (por exemplo, o medo de ser estigmatizado na família ou por amigos). Assim, a troca de experiências entre eles pode ser esclarecedora e motivadora para a mudança necessária. Você deve estar atento ao esquema referencial estruturado por cada membro, a cada momento, facilitando a participação e a decisão de todos. É importante compreender que o coordenador não é o psicanalista, mas também não é um simples coordenador de grupos de estudo ou de discussão. Deve, ele mesmo, ser operativo.

Na proposta de grupo operativo há um **observador não participante**. Sua função é registrar todas as expressões verbais e não verbais para retroalimentar a coordenação. Logo após a reunião do grupo, coordenador e observador devem analisar as anotações do observador e planejar as próximas atividades do grupo.

Considerando a importância do trabalho multidisciplinar na abordagem aos usuários, podem ser criadas outras funções como, por exemplo, orientador de atividades específicas ou especializadas.

De forma bastante sintética, procuramos mostrar que não é “tão simples” trabalhar com grupos operativos, mas também não é impossível. A partir do que foi apresentado, você deve ter percebido que o trabalho com grupos exige planejamento e referencial teórico e que quando falamos em “grupo operativo” temos que reportar aos conceitos preconizados por Pichon-Rivière. Portanto, reforçamos a ideia de que os profissionais de saúde devem apropriar-se das referências aqui apresentadas para desempenhar de forma mais adequada o papel de coordenadores de grupos.

Em todas as modalidades, podemos ter limitações técnicas, mas a forma de abordagem e a postura do coordenador são decisivas para que o grupo atinja a sua finalidade. Antes de tudo, porém, reafirmamos o que discutimos anteriormente: a compreensão do processo de trabalho e o planejamento sistematizado de todas as nossas ações são decisivos.

De qualquer forma, acreditamos que outras modalidades de trabalho com grupos podem ser utilizadas com o mesmo objetivo: promover a saúde do indivíduo. Ou seja, qualquer grupo de usuários, quando bem planejado, possibilita mudanças no modo de ver e agir frente às dificuldades, facilita trocas e aprendizado pessoal, permitindo ao indivíduo perceber que ele não está sozinho e que não é a única pessoa com problemas ou dúvidas (ALMEIDA, 2006; MUNARI, 1995; MUNARI; RODRIGUES, 2003; YALON, 1975). Considerando que a promoção da saúde e a prevenção de doenças envolvem práticas pedagógicas, a construção de relações interativas solidárias entre os membros do grupo pode ser produtiva. O trabalho com os mais variados grupos deve ser utilizado, também, como espaço de escuta para identificação e construção coletiva de soluções para problemas da comunidade.

As Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial (Equipes Matriciais), implantadas em alguns municípios brasileiros, podem vir a ser um importante dispositivo para alavancar uma prática mais efetiva do trabalho com grupos, agregando o apoio de outros profissionais.

Algumas dicas úteis

Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse de todos eles. O tamanho de um grupo não pode exceder ao limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual, como a auditiva e a conceitual. [...] além de ter os objetivos claramente definidos, o grupo deve levar em conta a preservação do espaço (os dias e o local certo das reuniões), do tempo (horários, tempo de duração das reuniões, plano de férias etc.) e a combinação de regras e outras variáveis que delimitem e normatizem a atividade grupal proposta. O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade, e vice-versa. Cabe uma analogia com a relação que existe entre as peças separadas de um quebra-cabeça e deste com o todo a ser armado (ZIMERMAN, 2007, p. 1).

Esse texto de David Zimerman – A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade – apresenta um diálogo sobre a comunicação, nas suas múltiplas formas de apresentação – as verbais e as não verbais – o que representa um aspecto de especial importância na dinâmica do campo grupal. Aborda o desempenho de papéis, em especial os que adquirem característica de repetição estereotipada em determinados indivíduos do grupo – como, por exemplo, o papel de “bode expiatório” – como uma excelente fonte de observação e manejo por parte do coordenador de grupo.

Seção 3

Visita domiciliar

Nesta parte, pretendemos abordar a visita domiciliar como tecnologia apropriada para a abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário, como estratégia importante para a promoção da saúde e como potente indutor da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.

3.1 Visita domiciliar ou visita domiciliária

O vocábulo exato para designar este procedimento é visita domiciliária. Segundo Ferreira (1986), domiciliar é um verbo transitivo direto. Significa dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio, enquanto que domiciliário é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária (EGRY; FONSECA, 2000). Contudo, considerando o uso corrente em atenção básica e documentos oficiais do Ministério da Saúde, vamos adotar, neste curso, a denominação visita domiciliar (VD).

A VD foi (re)introduzida no sistema de saúde brasileiro no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse Programa foi criado em 1991, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Com as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, buscou-se uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e com menos acesso aos serviços de saúde. Antes de ser um programa nacional proposto oficialmente pelo Ministério da Saúde, o estado do Ceará acumulou experiência com sua implementação, conseguindo significativo declínio em mortalidade infantil (VIANA, 2005).

Portanto, adotado como política pública na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) introduziu o Agente Comunitário de Saúde (ACS) no cenário da saúde e reintroduziu a VD, utilizada em outros momentos no Brasil pelos visitantes sanitários, entre outros.

O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a VD às suas ações como tecnologia de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, que deve ser explorada por todos os membros da equipe. A sua utilização favorece, entre outros aspectos que discutiremos a seguir, a possibilidade de conhecer a realidade do território.

No território, ao longo do tempo, por meio das relações que se estabelecem entre pessoas e grupos de pessoas, foram sendo construídos valores e hábitos cujos reflexos sobre o cuidado com o corpo e com a saúde se traduzem na importância atribuída a cada gesto, a cada problema, a cada demanda. Conhecer o território implica, também, conhecer o quadro sanitário. Ou seja, as condições e a qualidade de vida das pessoas, como reflexo das políticas públicas de saneamento, educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte e saúde, entre outras (FARIA et al., 2008, p.31).

A VD é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o **antes** e o **depois da visita**, a partir de um **plano de ação consistente**.

Considerando, ainda, que a atenção básica bem estruturada pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a VD se insere nesta situação como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância. Tem potencial para promover a saúde a partir da criação de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes que permitam a consciência da possibilidade de uma vida plena e o comprometimento com a proteção ao meio ambiente, por parte dos profissionais e dos usuários.

A VD permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, ou seja, relacionamento interpessoal, que permite obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias. Para isto é necessário estabelecer confiança entre os membros da Equipe de Saúde e os da família, para que esta se sinta segura com as ações desenvolvidas pelos profissionais e, em casos de problemas ou dúvidas, solicite ajuda, explicações e orientações. Ela serve, também, para que os profissionais entendam o significado do momento vivido e possam atender as necessidades evidenciadas e as solicitações feitas, ajudando a família a descobrir suas possibilidades. Quanto mais efetivos forem o relacionamento e o envolvimento do profissional com a família, maior será o seu reconhecimento como profissional (TULIO; STEFANELLI; CENTA; 2000, p. 74).

Além de seu papel de tecnologia, que possibilita conhecer a realidade do território e daqueles que ali vivem e sobrevivem, e de atuar de forma mais efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças, é necessário registrar, também, o seu potencial para mudanças na relação profissional de saúde-usuário. A VD coloca o profissional, necessariamente, no mundo do usuário e, portanto, pode ser um potente indutor da transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. No domicílio, a relação profissional-usuário tende a se tornar mais horizontal, pois evidencia o papel do usuário-sujeito em um espaço que é de seu domínio – o seu lar.

A VD é fundamental, também, para a aproximação com o “não usuário”, ou seja, aquele que não tem condições físicas para ir até a Unidade de Saúde. Neste caso, a VD é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

Na Estratégia Saúde da Família, várias são as finalidades das VDs, tais como:

- realizar e atualizar o cadastramento das famílias, identificando as condições sociais e sanitárias;
- avaliar as demandas exigidas por uma família, bem como o ambiente onde vivem e a dinâmica familiar, visando um diagnóstico da saúde da família e da comunidade, com avaliação de riscos e estabelecimento de prioridades, individuais e coletivas;
- manter contato com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações, acompanhamento e intervenções;
- identificar as possibilidades de articulação com equipamentos sociais existentes na comunidade para construção de redes de apoio e solidariedade e de trabalho intersectorial;
- complementar orientações iniciadas na consulta ou em grupo, bem como adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do usuário-família;
- planejar e prestar cuidados no domicílio ou orientar membro(s) da família para a prestação de cuidados e supervisão dos cuidados delegados, quando for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde sob o aspecto econômico, social ou psicológico;
- observar e orientar sobre saneamento básico, higiene, amamentação, controle de peso, controle vacinal, cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes e uso correto das medicações;
- levantar dados que subsidiem intervenções no processo saúde-doença e o planejamento de ações visando à promoção da saúde e prevenção de doenças em ações no coletivo;
- realizar busca ativa de faltosos acompanhados por meio de programas específicos.

Para quaisquer dessas finalidades, podem ocorrer uma ou mais visitas, realizadas por um ou mais profissionais da ESF. Contudo, é preciso que haja planejamento (da etapa de diagnóstico à de avaliação), para que a visita seja utilizada realmente como um recurso estratégico de conformação de um modelo. Realizada aleatoriamente, para cumprimento de normas quantitativas, a visita passa a ser mais uma atividade a sobrecarregar os profissionais e, o que é pior, a invadir a privacidade das famílias, sem resolutividade – passa a ser um contrassenso.

3.2 A visita domiciliar e o profissional que a realiza

Vamos primeiro abordar a visita domiciliar feita pelo profissional que a considera como a essência de seu trabalho: o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

VÍDEO RECOMENDADO – VISITA DOMICILIAR

Assista ao vídeo “Visita domiciliar” junto com os ACS de sua Unidade Básica e estimule-os a comentar e estabelecer comparações entre as práticas realizadas uma por uma e aquelas apresentadas no vídeo. Identifique: qual o significado da VD para os ACS e quais as finalidades que eles conseguem identificar nas VD que realizam? Como as famílias os recebem e quais estratégias eles utilizam para entrar no domicílio?

Esse vídeo foi gravado em Canoa Quebrada, no Ceará, em 2008 (16min). (VISITA DOMICILIAR, 2008).

Veja outros vídeos dos Agentes em Ação, disponíveis em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Videoteca/Agentes_em_Acao.

Como membro da equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS é o elo entre a comunidade e os demais profissionais da equipe, e a VD é a sua ação prioritária. Assim, considerando que o exercício das atividades de ACS dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006c), conclui-se que a VD é uma das tecnologias que caracteriza o modelo proposto. Considerando, ainda, a atuação em um território definido como outra característica do modelo e o potencial da VD para compreendê-lo em sua amplitude e profundidade de relações individuais e coletivas, a VD deve ser um instrumento imprescindível para o planejamento e a organização do processo de trabalho da UBS.

É fundamental que o ACS realize, no mínimo, uma visita por família por mês, uma vez que todas as suas atividades, direta ou indiretamente, estão relacionadas com o uso dessa tecnologia. Quando necessário, uma família deve ser visitada mais de uma vez em um mês, conforme planejamento da equipe. As atribuições do ACS estão estabelecidas, também, na Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006.

Atribuições específicas do ACS - Portaria nº 648/GM/MS

Além das atribuições comuns a todos os profissionais, são atribuições mínimas do agente comunitário de saúde, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais:

1. desenvolver ações que busquem a integração entre a Equipe de Saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
2. trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
3. estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
4. cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
5. orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
6. desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
7. acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
8. cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: é permitido ao ACS desenvolver atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições.

Pesquisa realizada em capital do sul do país evidenciou que a principal atividade realizada pelos ACS naquele município é a visita domiciliar, seguida da educação em saúde. Entre as atividades educativas, prevalecem aquelas relacionadas à higiene; ao calendário vacinal; aos cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes; e ao uso correto das medicações. Registraram-se, também, ações como o acompanhamento a idosos, crianças, gestantes, puérperas, grupos de risco e a busca ativa de faltosos acompanhados pelos programas (FERRAZ; AERTS, 2005). Com a vivência que temos em alguns municípios mineiros, arriscamos afirmar que esta deve ser a realidade dos ACS da maioria das Equipes de Saúde da Família, sendo as ações realizadas por meio de a visita domiciliar.

3.3 A visita domiciliar e os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família

Para os demais profissionais da equipe, a VD deve ser incorporada ao processo de trabalho cotidiano a partir de dois aspectos: uso direto e uso indireto. Vamos analisar o comportamento de membros da Equipe Verde de Vila Formosa 1 em relação à VD relatada a seguir, na perspectiva de identificar esses dois ângulos.

Equipe Verde, Curupira - Cena 3: a equipes de Saúde da Família e uma visita domiciliar

Objetivo: Avaliar o desenvolvimento da programação e planejar o mês seguinte, em uma tarde chuvosa do mês de novembro, quinta-feira.

Cenário: Equipe no Centro Paroquial da Vila Formosa, com seus membros sentados em bancos e cadeiras, formando um círculo.

Aline: Dona Isabel, esposa de José Alcides, dono da vendinha de minha comunidade, voltou do hospital na segunda-feira. Como planejado, fui vê-la ontem e achei-a muito magrinha, e a ferida da cirurgia que ela fez não está legal: está muito vermelha e irritada, parece que infeccionou. Avisei que um de vocês vai lá.

Pedro Henrique: Ela está de cama ou já está andando? Quem está cuidando dela?

Aline: O seu José e uma vizinha, Dona Ester. O dia em que eu fui lá ela estava mais na cama porque estava com muita dor. Falei com ela que era preciso sair da cama e andar mais, para não complicar.

Renata: Pedro, segunda-feira temos agenda disponível para visitas. Vamos juntos e avaliamos o quadro clínico e as condições que têm para os cuidados necessários. Você faz o plano de cuidados e, se tiver infecção e ainda estiver com dor, prescrevo o que for adequado. Antes de sairmos, olharemos os dados da família para planejarmos a visita.

Pedro Henrique: Joana, você podia ir junto, pois, se precisar de curativos posteriores você já fica orientada sobre como fazê-los. Aline, qual o horário melhor para encontrarmos o seu José e a Dona Ester? Ah! Não deixe de nos passar a ficha com as informações sobre a visita que você fez!

Nesse exemplo, podemos verificar os dois aspectos mencionados: a análise dos dados coletados pelo ACS (uso indireto) e o planejamento de visita domiciliar a ser realizada diretamente por outros profissionais da equipe, neste caso, a médica, o enfermeiro e a auxiliar de enfermagem (uso direto).

Além da exemplificação, o fragmento da reunião da Equipe Verde traz alguns outros elementos para análise: o planejamento da VD, que inclui ações a serem realizadas antes, durante e depois de sua realização, e o seu registro.

A equipe deve estabelecer uma ficha-roteiro que facilite o registro das visitas domiciliares. Assim como temos uma ficha para o cadastramento da família, que deve ser preenchida na primeira visita a cada família do território, também as visitas subsequentes devem ser sistematicamente registradas. Considerando que a observação é um fator essencial na VD, detalhes importantes podem ser perdidos se confiarmos

apenas em nossa memória, tanto durante a visita quanto no repasse das informações para os demais membros da equipe. Uma ficha objetiva, mas que considere as finalidades mais comuns de uma VD, deve ser elaborada pela equipe e utilizada por todos. Contudo, a utilização de uma ficha de registro não deve transformar ou anular a interatividade da comunicação, não deve ser um interrogatório.

Dependendo do perfil da equipe e das especificidades do processo de trabalho, pode ser instituída uma ficha para registro das VDs realizadas pelos ACS, com foco em suas atribuições, e outra para os demais profissionais.

Em ambas, é importante incluir aspectos relacionados à saúde física, saúde bucal, saúde mental e aspectos ambientais. Também é importante que a ficha contenha a identificação da família e do membro da família que motivou a VD e espaço para observações a serem feitas antes da visita, que podem contribuir para o êxito da mesma (resultado de algum exame, valores de sinais vitais anteriores e outros dados relevantes).

O genograma (que detalha a estrutura e o histórico familiar) e o ecomapa (diagrama das relações entre a família e a comunidade) são instrumentos que podem ser utilizados para a coleta de dados que ajudam a compreender a família e as relações intra e extrafamiliar. Na Disciplina “A família como foco da Atenção Básica à Saúde”, o genograma é abordado como uma ferramenta que tem sido utilizada para melhor compreender e visualizar a família, suas configurações, relações e seus eventos.

Conheça e utilize: Álbum de Família – Genograma

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/>>

Não há uma norma específica para as visitas que devem ser realizadas pelos demais profissionais da EPS, ou seja, quantas devem ser feitas e qual profissional deve fazer. É preciso que a equipe esteja atenta às demandas e às necessidades dos membros da comunidade e faça uma escuta qualificada das informações fornecidas pelos ACS. Para tanto, é preciso estabelecer momentos formais e sistematizados em que essas informações possam ser discutidas, encaminhadas, e as visitas programadas. Como no caso relatado, em que a médica e o enfermeiro puderam sair da Unidade juntos para a visita, o que não é comum.

Considerando que a saúde bucal ainda não é um valor incorporado na cultura nacional, é importante que a Equipe de Saúde Bucal participe desses momentos, construindo um olhar de totalidade, de visão multidimensional do todo (homem e sociedade). A reconstrução social do conceito de saúde precisa ocorrer intraequipe, com participação ativa do ACS, para que a comunidade perceba, em todos os seus membros, uma forma diferente de fazer assistência à saúde e assimile novos conceitos. O respeito ao domicílio e todos os aspectos éticos que envolvem a abordagem a seres humanos devem caracterizar o comportamento da equipe.

Seção 4

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, p. 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 (Em Unidade 1, Seção 1, Equipede Saúde da Família - Cena 1).

4.1 Consulta: Significado e valor como instrumento

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 modelo assistencial e processo de trabalho.

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, p. 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, 2001) e, ainda, com forte medicalização.

“O nascimento da clínica” (FOUCAULT, 2001).

Neste livro, o francês Michel Foucault faz uma crítica às estruturas políticas, filosóficas e epistemológicas e ao modelo de racionalidade que domina o mundo contemporâneo, a partir de uma perspectiva histórica. Demonstra por meio da história das sociedades o poder característico das sociedades capitalistas e a importância da medicina.

Consequentemente, 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, tanto o potencial de intervenção dos demais profissionais, e do próprio médico, quantas 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.

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 superutilização. 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.

4.2 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 nesta Disciplina 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 cultural, econômico e social dos sujeitos envolvidos; a necessidade de identificar qual a fundamentação do saber do outro; os determinantes dos processos por ele vivenciados; o modo de se cuidar e o seu quadro 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, nesta disciplina. 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, p. 29).