

Contextualização

Daniel de Almeida Gonçalves e Laís Helena Domingues Ramos



Introdução

Estamos diante de mais um caso comum dentre as tantas situações desafiadoras que se apresentam na rotina da Saúde da Família. Depois de estudarmos com cuidado a situação de Samuel no caso de mesmo nome, chega a vez de sua esposa e de seu filho.



Destaque

Mais uma vez será possível ter uma visão geral da prática profissional na Atenção Primária à Saúde (APS). Considerando todos os membros da família (Samuel, Darlene e Danrley), observamos que três importantes temas tidos como prioritários na Estratégia Saúde da Família (ESF) são abordados: a **saúde da criança** (menores de dois anos), o **ciclo gravídico-puerperal** e as **doenças crônicas**, em especial o diabetes. No entanto, como bem exemplificado no caso desta família, a abordagem dessas “prioridades” deve se dar de forma integrada entre os ciclos de vida, garantindo a prática da integralidade.

Neste caso encontramos vários componentes que merecem destaque e que serão tratados de formas independentes neste texto, ainda que intimamente relacionados. Entre estes componentes, podemos destacar:

- desafios do trabalho em equipe;
- práticas coletivas (grupos) na Atenção Primária;
- abordagem familiar;
- abordagem individual, com destaque para a saúde da criança (puericultura e icterícia neonatal) e a saúde da mulher (puerpério e alterações emocionais).

Desafios do trabalho em equipe

Uma equipe pode ser multiprofissional e estar distante de ser interdisciplinar. O trabalho conjunto de agentes de saúde, enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares, equipe administrativa (quando existe) não necessariamente garante que a equipe atue de forma competente e harmônica na ESF. Uma equipe que não compartilha os mesmos objetivos, que não converge seus processos de trabalho, tem grande dificuldade em enfrentar casos complexos como o da família de Darlene e os problemas da área de abrangência das equipes.

É importante que os profissionais alinhem o entendimento dos processos pelos quais a equipe vai sistematizar o trabalho. No caso em questão, observamos uma clara discordância entre a enfermeira Rita e o médico Felipe a respeito da rotina de abordagem na puericultura. Naturalmente os profissionais podem ter pontos de vista distintos, mas devem saber tratar as diferenças com maturidade para que consigam trabalhar numa direção específica. Caso haja divergência quanto a essa “direção”, corre-se o risco de essa equipe se desagregar. A postura da auxiliar Cleonice, como vemos na passagem “já fazendo uma aliança para o debate do dia seguinte”, aponta para risco de polarização. É importante que todo profissional envolvido no trabalho em equipe tenha tolerância para ouvir críticas, que devem ser feitas também focadas no aspecto profissional e, se possível, baseadas em fatos e/ou rotinas bem estabelecidos.

As equipes são campo fértil para fofocas e intrigas. A polarização e as críticas, quando feitas de forma “sigilosa”, logo ganham vulto e tendem a desarmonizar o trabalho. Por isso, como ocorreu acertadamente no caso, os profissionais acharam por bem realizar o debate em conjunto, durante a reunião em equipe. Outro exemplo de maturidade desta equipe é sua organização para entender e apoiar Darlene e sua família. Observamos também um bom exemplo de atendimento compartilhado e de divisão de responsabilidades.



Destaque

Com a média de mil famílias por equipe, é fundamental que os profissionais saibam dividir tarefas e confiem uns nos outros. Mas a formação de todos os profissionais ainda não inclui aspectos para o trabalho em equipe interdisciplinar, o que deve ser alvo de atenção de todos. Dessa forma, a crítica “fraterna”, a capacidade de escuta, a humildade e o cooperativismo devem ser sempre maiores que a vaidade e o corporativismo profissional.

Práticas coletivas (grupos) na Atenção Primária

Há uma rápida menção no caso sobre a possibilidade de se fazer um grupo, o “Bebê a bordo”, como estratégia para cuidado das crianças. Ainda que o tema não tenha sido muito desenvolvido no caso, valem algumas reflexões.

O trabalho com grupos na APS é um recurso fundamental, pois permite organizar melhor os processos de trabalho e amplia a capacidade assistencial. Além disso, quando os trabalhos são bem conduzidos e planejados, não há perda de qualidade, inclusive com a possibilidade de ampliá-la. Quando pensamos num universo de mais de um milhão de famílias por equipe – muitas delas em preocupante condição socioeconômica – a prática coletiva dos grupos acaba sendo uma ótima alternativa. Os grupos são espaços de educação em saúde, que podem acontecer para a promoção e a prevenção em saúde, para a convivência ou mesmo com objetivos terapêuticos. Infelizmente, muitas vezes esses grupos são planejados e realizados apenas como forma de transmissão de informações por meio de “palestras” dos profissionais, sem que sejam garantidas uma participação ativa, a reflexão e a corresponsabilização das pessoas que os frequentam.

No exemplo do caso, um grupo com crianças lactentes seria um espaço precioso de problematização com as mães quanto às dificuldades no cuidado, de troca de experiências, de discussão sobre aspectos comuns e fundamentais dos primeiros anos de vida (desenvolvimento da criança, prevenção de acidentes, resfriados comuns e recorrentes, manejo da febre, cuidado com higiene e saúde bucal, por exemplo), e também de valorização do tempo dos profissionais da equipe. Informações abordadas em grupo não precisam ser retomas nas consultas, ou apenas lembradas rapidamente.

Trata-se de um espaço riquíssimo para a inserção da Equipe de Saúde Bucal em atividades “extracadeira”. A própria equipe no caso aponta para esse fato. A Educação em Saúde Bucal para crianças tem uma importância inquestionável e permite a vinculação da Equipe de Saúde Bucal com a comunidade a partir das crianças, com uma ótima perspectiva de cuidado longitudinal e integral.

Para a realização de grupos é necessário planejamento e, se possível, a liderança de um membro da equipe para organização e manejo de eventuais dificuldades. Em alguns grupos pode haver fenômenos coletivos que variam desde a esfera terapêutica a andamentos desagregadores. Dessa forma, é importante que os profissionais estejam atentos a possíveis resistências e faltas, por exemplo. A participação de profissionais com formação específica (profissionais do NASF) em grupos é muito bem-vinda para auxiliar e capacitar os membros da equipe da ESF a compreender os fenômenos grupais. Para mais informações, sugerimos o estudo do capítulo de grupo do manual de matriciamento, disponível no material complementar.

Abordagem familiar

Ainda que timidamente, a equipe está cuidando desta situação com foco na família. Não desenvolveu nenhum instrumento mais elaborado de abordagem familiar, no entanto percebe-se claramente que possuem um olhar sistêmico. Ao dar suporte a Samuel e buscar se aproximar do problema de Darlene durante a consulta de puericultura de Danrley, os profissionais mostram-se hábeis para lidar com a família. O conhecimento de instrumentos práticos como o genograma e conceituais como a teoria sistêmica e as crises vitais familiares ajuda na compreensão e na abordagem de casos como este. Tais elementos serão ainda alvo de estudo e aprofundamento neste curso. É possível compreender que a família de Darlene apresenta-se em grande risco por vivenciar muitos problemas, como violência familiar e luto (crises imprevisíveis) e recém-nascido no lar (crise previsível). A família reage com o adoecimento e a irritabilidade de Samuel, o desmame precoce de Danrley, a depressão de Darlene, além dos demais problemas que serão discutidos individualmente.

Não há como tratar o desmame precoce de Danrley sem que seja abordada a situação de Darlene. No texto sobre aleitamento, é dado destaque para as estratégias de estímulo ao aleitamento, bem como a importância da abordagem familiar. Segundo a autora, o envolvimento dos familiares, em especial do marido, facilita a manutenção da amamentação.

Observamos ainda que até então a equipe abordou os membros da família em momentos diferentes, propondo para o casal uma reunião familiar. Não pretendeu fazer uma “terapia de família”, que requer formação específica e é o quinto nível dentre cinco níveis da abordagem familiar, segundo Doherty e Baird (1986):

Nível 1	Mínima ênfase na família – trabalho com indivíduos isoladamente sem comunicação ou intervenções voltadas às famílias e seus membros.
Nível 2	O profissional fornece informações aos membros da família, ouve suas questões sem debatê-las e referencia a um terapeuta de família.
Nível 3	Além da comunicação com a família, o profissional considera e debate seus sentimentos, as condições do paciente e seus efeitos na família.
Nível 4	Além de fazer uma avaliação do ambiente familiar, o profissional faz uma intervenção planejada usando seus conhecimentos sobre o sistema da família e oferece ajuda e suporte para todos os seus membros, maximizando o vínculo e o poder terapêutico da comunicação.
Nível 5	Terapia de família, realizada por profissional especialista.

Por fim, notamos que a equipe realizou uma intervenção de terceiro nível, se dispondo quem sabe ao quarto nível, em que são necessários planejamento e maior comprometimento de todos.

Abordagem individual

Observamos neste caso uma interessante habilidade dos profissionais na organização de suas práticas clínicas diárias, com enfoque também no cuidado individual. Felipe organiza seu tempo entre visitas domiciliares, atividades burocráticas (troca de receitas, por exemplo) e atendimento conjunto com a enfermeira Rita, que por sua vez apropria-se bem de suas responsabilidades clínicas.

No que diz respeito ao atendimento individual de cada um, destacaremos a abordagem de alguns dos problemas das seguintes listas:



Darlene

Sobre o estado emocional de Darlene, o tema depressão puerperal aponta importantes informações sobre o diagnóstico de depressão, inclusive puerperal, e o *blues* puerperal.

No cuidado integral das pessoas, a abordagem dos aspectos psicológicos deve ser uma habilidade dos profissionais especialistas em Saúde da Família. Há uma variação muito grande no espectro de como os problemas emocionais e psicológicos se apresentam. Mais de metade das pessoas que frequentam as unidades de Atenção Primária apresenta algum grau de sofrimento psíquico, sem que no entanto precisem de tratamento específico (DOHERTY; BAIRD, 1986). Tomemos este caso como exemplo: o *blues* puerperal, que tem grande prevalência, sendo que uma minoria dos casos evolui para depressão. A atitude acolhedora, a escuta atenta e a observação de fatores de risco e o impacto na qualidade de vida das pessoas devem fazer com que os profissionais considerem uma abordagem mais direcionada para doenças psiquiátricas, como foi o caso de Darlene.

Há várias modalidades terapêuticas para os transtornos de humor e ansiedade. A atividade física regular e terapias cognitivas são exemplos de possibilidades não farmacológicas. No caso, Felipe começou a terapia de solução de problemas (terapia cognitiva), que tem uma metodologia própria, tendo sido inclusive já testada para aplicação pelas enfermeiras (MYNORS-WALLIS, 2001; MYNORS-WALLIS et al., 1997). Há inclusive a possibilidade de tratamento farmacológico, o que é discutido no tema de depressão puerperal, que ainda ressalta as particularidades da depressão no puerpério pelas mudanças fisiológicas desse período. Alterações clínicas como anemia e hipotireoidismo são muito comuns no puerpério e, portanto, são diagnósticos diferenciais obrigatórios.

O cuidado de Darlene passa necessariamente pela abordagem da violência. Esse tema já foi abordado no caso de Samuel, mas vale ressaltar aqui dada a importância e a dificuldade de manejo. Há muitos fatores implicados nesse problema, mas a iniciativa para investigação apropriada deve partir dos profissionais da APS mediante a suspeita, bem como a oferta de ajuda. Deve-se procurar entender a dinâmica de funcionamento da família, o que observamos no caso por meio do diálogo da enfermeira e do médico com a paciente. Buscou-se destacar os riscos e apontar a necessidade de Darlene em pedir apoio quando necessário, o qual ela pode encontrar em várias instituições. Nesse sentido, é válido o conhecimento pela equipe de toda a rede social de apoio disponível nas proximidades. Em outros encontros, mais voltados ao cuidado de Darlene, a questão deve ser retomada com perguntas objetivas e diretas sobre a violência (física?, emocional?, verbal?). A escuta ativa, empática e atenta deve ser exercida como instrumento de comunicação nesses encontros, inclusive para o tratamento do quadro depressivo.

Com a abordagem integral e familiar, fica muito mais fácil o manejo do desmame precoce, como apontado no tema aleitamento materno. Aqui, percebe-se um risco de ruptura de vínculo entre a enfermeira Rita e Darlene, que no início do diálogo mostra-se refratária às orientações da enfermeira. Muito cuidado deve ser dado nas orientações, a fim de evitar “sermões”, conselhos e julgamentos. Essa atitude é muito comum na prática dos profissionais de saúde e tende a afastar os pacientes do serviço de saúde. Darlene é um exemplo disso, pois fica claro que a enfermeira perdeu contato com ela até a consulta. É importante destacar que, mesmo com a abordagem focada no aleitamento e na saúde mental de Darlene, a equipe não descuidou da anticoncepção. Exemplo do potencial que as Equipes de Saúde da Família têm para o exercício da integralidade.

Danrley

O caso também nos remete à discussão da puericultura. Tópico prioritário na ESF, em especial para menores de dois anos, deve ser, portanto, familiar ao especializando. Muitos profissionais da ESF têm pouca familiaridade com a

saúde da criança, como médicos com outras especialidades que não a pediatria e que começam a trabalhar na ESF. O tema Puericultura faz uma discussão conceitual acerca do assunto, sem no entanto entrar em detalhes relacionados à prática da Saúde da Família. Como observado no início do caso, há um conflito de ideias entre a enfermeira e o médico no que diz respeito à rotina para consultas. O Ministério da Saúde apresenta um calendário mínimo para rotina de consultas até dois anos de idade. É muito comum equipes programarem consultas mensais até o primeiro ano e bimestrais no segundo, como sugere a enfermeira Rita. No entanto, tal recomendação pode sobrecarregar a equipe e/ou propiciar muitas faltas, o que pode ser visto como descaso das mães pela equipe. Para o melhor planejamento dessa rotina, é muito importante uma abordagem voltada ao risco, seja de desmame ou de desenvolvimento devido a condições biopsicossociais da família.

Para avaliação do risco, há instrumentos que auxiliam o levantamento de dados, além da percepção de toda a equipe. Um exemplo desses instrumentos pode ser visto na ficha de puericultura presente no material complementar. Observa-se que essa ficha apresenta uma rotina de atendimento mínima, com todas as informações a serem levantadas pelos profissionais, apresentadas na forma de *check-list*. Incluem-se elementos para prevenção de acidentes, fatores relacionados ao desenvolvimento neuropsicomotor e social da criança, além dos aspectos da alimentação e do exame físico por faixa etária. Instrumentos como esse ou uma simples tabela com marcos do desenvolvimento auxiliam sobremaneira os profissionais não familiarizados aos cuidados com a saúde da criança, não devendo ser vistos como “protocolos”.

Observamos então que Danrley apresenta alto risco, pois, além de estar com uma alteração clínica (icterícia neonatal), há uma situação de crise na sua família e a parada do aleitamento materno exclusivo. A icterícia é um problema comum e merece atenção para seus diagnósticos diferenciais.

A equipe deve, portanto, manter a vigilância no desenvolvimento de Danrley, que merece consultas e visitas domiciliares mais rotineiras. Como sua mãe e seu pai estarão em acompanhamento regular na unidade, é possível que os profissionais o acompanhem de perto.

Conclusão

Com a visão geral desta família, mais uma vez tivemos a oportunidade de praticar a integralidade do cuidado e compreender a riqueza que é trabalhar na Atenção Primária, em especial na Saúde da Família.

Referências

DOHERTY, W. H.; BAIRD, M. A. Developmental levels in family-centred medical care. **Fam Med**, n. 18, p. 153-156, 1986.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32-37, 1999.

MYNORS-WALLIS, L. et al. A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. **Br J Psychiatry**, n. 170, p. 113-119, Feb. 1997.

MYNORS-WALLIS, L. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. **Advances in psychiatric treatment**, v. 7, p. 417-425, 2001.