

Uma visita notável

Visitei o Brasil pela primeira vez em 2006 e três fatos me chamaram a atenção. Primeiro, fui recebida com tanto entusiasmo e calidez que meu carinho por essa terra foi assegurado de imediato. Segundo, a extensão do país, quase incompreensível para alguém natural das Ilhas Britânicas, comparativamente tão pequenas. Terceiro, talvez um reflexo dessa vastidão e as desigualdades na saúde eram mais imediatas e mais aparentes do que eu jamais havia visto anteriormente, apesar da minha familiaridade com esse problema. Isso me levou a refletir sobre as semelhanças e diferenças entre os sistemas de saúde de nossos dois países, sobre as necessidades das populações e sobre como os enfermeiros podem, eles mesmos, oferecer serviços ou influenciar a prestação de serviços para atender a essas necessidades.

Ao visitar uma unidade de saúde familiar em São Paulo, quis conhecer a enfermeira que chefiava uma equipe de voluntários e observar as semelhanças com nossas equipes de cuidados básicos de saúde. No Reino Unido, elas em geral incluem médicos e enfermeiros, e, em alguns casos, farmacêuticos e outros profissionais da saúde, todos trabalhando no mesmo local e atendendo a uma população registrada numa lista de clientes. Até 1974, enfermeiros e parteiras comunitários trabalhavam em locais separados dos médicos e cobriam uma clientela definida geograficamente. Hoje, as pessoas podem escolher a lista do médico de família na qual querem se registrar, de forma que a prática deste, e da equipe de cuidados básicos ligada a ele, não está condicionada a uma comunidade local específica. No Reino Unido também se faz distinção entre os profissionais que lidam com as necessidades de cuidados de saúde clínicos (em geral enfermeiros práticos e distritais) e aqueles cuja principal responsabilidade é promover e melhorar a saúde (em geral visitantes de saúde e enfermeiros de escolas). A colaboração próxima e freqüente entre médicos de família, enfermeiros e demais profissionais que provêm cuidados clínicos àqueles que precisam de tratamentos médicos, ajuda a promover a multidisciplinaridade e as melhores práticas. De modo geral, para esse grupo, o sistema de lista de clientes funciona muito bem. No entanto, ele é menos eficaz no apoio ao trabalho de melhora da saúde: os aspectos de promoção da saúde pública da comunidade. Em função disso, estamos tentando redimensionar os laços geográficos outra vez, para que visitantes de saúde e enfermeiros de escolas tenham maior ligação com os residentes e as comunidades locais.

Foi esse conhecimento próximo da área local e o potencial para o desenvolvimento, e a melhora da saúde na comunidade que vi em ação em São Paulo. Saindo para visitar famílias, os enfermeiros e trabalhadores comunitários foram reconhecidos e bem-recebidos pelos moradores, que claramente conheciam e valorizavam o serviço que eles prestavam. A enormidade das dificuldades que um grupo tão pequeno – e as da população que atendia – enfrentava também ficou imediatamente aparente. As condições de vida nas favelas, que praticamente demonstram a certeza de uma saúde precária, não podem ser mudadas somente com os cuidados de enfermagem. Isso não quer dizer que não haja nada a fazer; de fato, pequenas ações podem causar uma grande diferença na vida e na saúde dos moradores. No entanto, significa, sim, que é preciso ser realista em relação ao que pode ser conseguido e ao tempo que isso vai levar, e, talvez, que se tenha coragem suficiente para questionar e influenciar o quadro geral em termos de políticas que afetam a saúde.

Há evidências constantes da importância dos primeiros meses e anos de vida, começando pelo período pré-natal⁽¹⁻²⁾. Assim, o apoio a todas as novas mães e o contato próximo com elas é um bom começo para melhorar a saúde da comunidade como um todo. A chegada de um bebê na família concentra as mentes de todos os envolvidos: não só dos pais, como também dos avós, da família extensiva e dos vizinhos. Esse é um momento em que os novos pais não apenas precisam de apoio e o recebem de bom grado, mas estão particularmente susceptíveis a levar em conta informações relacionadas à saúde. Ainda mais significativa é a crescente evidência da importância da relação entre o recém-nascido e quem cuida dele, e de diferentes abordagens à condição de maternidade e paternidade⁽³⁾. Pobreza e carência criam enormes ameaças à saúde, porém, algumas crianças parecem ser capazes de desafiar tais probabilidades a despeito das adversidades. Há pesquisas que demonstram que essas crianças foram valorizadas e tratadas com carinho nos seus primeiros anos, proporcionando-lhes uma espécie de amortecedor para desenvolver alguma resistência às dificuldades que viriam a enfrentar mais tarde na vida⁽⁴⁾.

Se a maioria dos novos pais começa sentindo um grande amor por seus bebês recém-nascidos, essa relação pode ser ameaçada e desafiada de muitas e variadas formas: violência familiar, a ansiedade que a pobreza e as condições de vida adversas provocam, depressão pós-parto e uma vasta gama de outras ameaças. A disposição do enfermeiro ou do trabalhador comunitário de dar apoio, escutar e valorizar, pode ajudar a criar um modelo e a manter as relações positivas entre a mãe (ou o pai) e a criança, o que mais tarde servirá de plataforma para a resistência⁽⁵⁾. Há evidências de que uma abordagem baseada nos pontos fortes é mais eficaz do que o foco nos riscos, nas carências e nos problemas⁽⁵⁾. Uma abordagem baseada nos pontos fortes significa acreditar⁽⁶⁾:

- que todas as famílias têm pontos fortes e capacidades, e que provavelmente responderão melhor a intervenções que construam por meio deles do que daquelas que identificam carências e pontos fracos.
- que trabalhar em parceria com as famílias, habilita-as a exercer funções de pais com maior eficácia e constrói sobre pontos fortes identificados por elas próprias. A perícia do profissional complementa a do progenitor.

- *no foco nos pontos fortes da família, em especial ao trabalhar com a mãe/os pais para influenciar a saúde e o desenvolvimento da criança.*

- *em construir habilidades e capacidade ao invés de dependência, com o profissional atuando como um recurso e um facilitador, solicitando uma participação ativa do cliente.*

Visitas residenciais e a construção de relacionamentos são fatores-chave para facilitar essa abordagem baseada nos pontos fortes e no fortalecimento dos pais. A idéia de trabalhadores comunitários, saindo para visitar famílias em suas casas, é a atividade de saúde pública em sua essência. Encontrar pessoas em seu próprio território, com o qual elas estão familiarizadas, muito provavelmente fará com que se sintam à vontade para falar de suas preocupações e dificuldades cotidianas e para trabalhar junto com o profissional planejando formas de enfrentar esses problemas.

Pessoas com necessidades semelhantes podem ser colocadas juntas por meio de um trabalho de desenvolvimento em grupo ou comunitário, que as ajudará a desenvolver seus pontos fortes e sua confiança para que possam defender por si mesmas formas de melhorar as condições e a situação em que vivem. É essa a grande vantagem de haver uma equipe de saúde local baseada numa área geográfica específica em um lugar que ofereça espaço para o encontro de grupos.

Se as relações entre profissionais da saúde e clientes são importantes, as encorajadas entre membros da família e em bairros são mais significativas para influenciar as chances de vida no longo prazo. Esse tipo de ação comunitária e de trabalho de saúde pública é gradativo e focaliza na promoção e na criação de saúde, ao invés de simplesmente tratar ou prevenir doenças. É cada vez mais evidente que, embora a abordagem médica seja extremamente importante, o foco exclusivo nas causas das doenças, nas carências e nas enfermidades (entendidas como 'patogênese') simplesmente não é suficiente por si só. Ao invés disso, precisamos complementá-lo com um foco naquilo que cria saúde e bem-estar; é isso que um autor⁽⁷⁾ chamou de 'salutogênese', uma abordagem que engloba uma visão mais holística da saúde pública e que parece ser mais adequada ao tipo de atividades que a comunidade de trabalhadores da saúde comunitários e os enfermeiros de saúde pública desenvolvem.

Garantir uma filosofia positiva e receptiva de cuidados não é fácil; pode ser mais rápido, e algumas vezes mais aceitável nos campos profissionais, focalizar em necessidades de saúde definidas profissionalmente e em rótulos médicos. Em última análise, essa abordagem desenvolve pontos fortes na comunidade e na força de trabalho profissional, mas não na população local. As atividades profissionais que testemunhei em São Paulo pareceram bastante capazes de evitar uma queda nessa armadilha autobeneficiadora; ao contrário, as necessidades da comunidade local eram o mais importante. Espero ansiosamente visitar novamente o belo Brasil em 2007.

REFERÊNCIAS

1. Shonkoff J, Phillips D, editors. From neurons to neighbourhoods: the science of early childhood development. Washington: National Academy Press; 2000.
2. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: proven results, future promise [text on the Internet]. Santa Mônica, CA: Rand Corporation; 2005. [cited 2007 April 17]. Available from: <http://www.rand.org/>
3. World Health Organization (WHO). The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review [text on the Internet]. Geneva; 2004. [cited 2007 April 17]. Available from: <http://www.who.int/child-adolescent-health>
4. Bartley M, editor. Capability and resilience: beating the odds [text on the Internet]. London: UCL, Department of Epidemiology and Public Health on Behalf of the ESRC; 2006. [cited 2007 April 17]. Available from: www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience
5. MacLeod J, Nelson G. Programs for the pro-motion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. Child Abuse Negl. 2000;24(9):1127-49.
6. Kruske S. Same but different: contemporary child and family health practice in NSW, Australia [thesis]. Darwin, NT: Charles Darwin University; 2005.
7. Antonovsky A. The salutogenic perspective — towards a new view of health and disease. Advances. 1987;4(3):47-55.