



PESQUISA

CONSIDERATIONS ABOUT THE HEALTH TIE IN THE TRAJECTORY OF SEARCH FOR ELDERLY AND THE FAMILY CARE
 CONSIDERAÇÕES SOBRE O VÍNCULO EM SAÚDE NA TRAJETÓRIA DE BUSCA POR CUIDADO DE IDOSA E FAMÍLIA
 CONSIDERACIONES SOBRE EL ENLACE EN SALUD EN TRAYECTORIA DE LA BÚSQUEDA DE CUIDADO DE LOS ANCIANOS Y LA
 FAMILIA

Juliana Lima Soares¹, Laura Filomena Santos de Araújo², Roseney Bellato³, Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa⁴

ABSTRACT

Objective: To understand how the relationship is in the link of the elderly and families who experience multiple chronic diseases with a 'trusted doctor'. **Method:** Case study is of qualitative approach, performed by the Focal Story of Life in-depth interviews and field diaries. **Results:** Draw the trajectory of searches undertaken by the elderly and their family, highlighting the importance of institutions accessible and the importance of the family doctor in this trajectory. **Conclusions:** to highlight the existence of a loving relationship, which influences the search for care, if starting from the elderly/family, and not vice versa, leading us to an approximation of the concepts of attachment and how tie influences the search for elderly care/family. **Descriptors:** Aged, Family, Professional-family relationships.

RESUMO

Objetivo: Compreender como se constitui a relação de vínculo da pessoa idosa e família que vivencia múltiplos agravos crônicos com o "médico de confiança". **Método:** estudo de caso de abordagem qualitativa, realizado através da História de Vida Focal empregando Entrevista em Profundidade e Diário de Campo. **Resultados:** desenhamos a trajetória de busca por cuidado empreendida pela idosa/família, evidenciando instituições e profissionais acessados, além da importância do médico de confiança nesta trajetória. **Conclusão:** destacamos a existência de uma relação afetiva, que influencia a busca por cuidado, se iniciando por parte da idosa/família, e não o contrário, levando-nos a uma aproximação das noções de vínculo e da maneira como o vínculo afetivo influencia na busca pelo cuidado da idosa/família. **Descritores:** Idoso, Família, Relações profissional-família.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo es la relación de enlace de las personas mayores y sus familias que sufren múltiples enfermedades crónicas con el "médico de confianza". **Método:** estudio de caso de abordaje cualitativo realizado a través de la historia de la vida focal, entrevista en profundidad y diario de campo. **Resultados:** dibujamos la trayectoria de búsqueda por el cuidado llevadas a cabo por la persona mayor/familia destacando las instituciones y profesionales se ha accedido y la importancia del médico de confianza en esta trayectoria. **Conclusión:** se destaca la existencia de una relación afectiva, lo que influye en la búsqueda de cuidado, siendo iniciado por la anciano/familia, y no al revés, que nos lleva a una aproximación de los conceptos de enlace y cómo lo enlace afectivo influye en la búsqueda por el cuidado de la anciano/familia. **Descriptor:** Anciano, Familia, Relaciones profesional-familia.

¹Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Bolsista de Iniciação Científica 2010/2011 CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania. E-mail: juhsoaress@yahoo.com.br. ²Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania.. E-mail: laurafil1@yahoo.com.br. ³Co-orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania. E-mail: roseney@terra.com.br. ⁴Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso E-mail: geohagata@yahoo.com.

INTRODUÇÃO

A população idosa no Brasil e no mundo vem aumentando em decorrência de sucessivas quedas das taxas de fecundidade e mortalidade, da maior expectativa de vida e da melhoria das condições de saúde. A população maior de 65 anos, que representava 5,9% da população brasileira em 2000, chegou a 7,4% em 2010; sendo que destes, 48,9% dos idosos sofria de mais de uma doença crônica e, na faixa etária de 75 anos ou mais, a proporção atingia 54% dessa população.¹

O fenômeno do envelhecimento mundial ocorre juntamente com a mudança no perfil epidemiológico, que se expressa pela diminuição de doenças infecto-parasitárias e o crescimento de doenças que perduram mais tempo do que as agudas. A Organização Mundial de Saúde conceituou como condições crônicas, os agravos que, por serem permanentes ou de longa permanência, requerem gerenciamento contínuo do cuidado por um período de vários anos ou décadas, tornando-se um desafio para os sistemas de saúde, que devem ofertar os cuidados prolongados e permanentes ao longo do tempo, que atendam as necessidades de saúde que estas condições trazem.²

Faz-se pertinente pensar que a atenção à saúde para estas condições seja ofertada de forma longitudinal, de modo que as pessoas adoecidas possam dispor de um “locus” de referência para seu cuidado à saúde, seja nos momentos de agudização ou não.³ A longitudinalidade se configura como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e as pessoas adoecidas.

Deste modo, consideramos que a longitudinalidade deve se fazer cada vez mais presente na atenção à condição crônica, pois o profissional conheceria a pessoa que cuida como um todo, considerando seus valores e

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):583-90

necessidades, tornando-se então referência de cuidado para a pessoa e família.³ Consideramos que a longitudinalidade da atenção a saúde é um dos aspectos que favorecem o estabelecimento do vínculo, definido neste estudo de acordo com os conceitos de Gomes e Duarte de Sá^{4:366}:

O conceito de vínculo é polissêmico. [...] Apresenta uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade e da co-gestão. O vínculo é algo que ata ou liga as pessoas, indica interdependência [...] compromissos dos profissionais com os usuários e vice e versa. Depende do modo como as equipes de saúde se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas em uma determinada microrregião.

Assim o conceito de vínculo, cunhado no campo da saúde, remete-se à importância de que os profissionais da saúde estabeleçam esta relação com a pessoa adoecida e família. Dessa maneira, ao conhecer a história de dona Mocinha, idosa acometida por diversos agravos crônicos e acompanhada por um profissional médico há 20 anos, considerado seu médico de confiança, decidimos neste estudo, nos aproximar da noção de “vínculo”. No entanto, ao aprofundarmos a compreensão da história de adoecimento e busca por cuidado de dona Mocinha e sua família, nos questionamos se apenas a busca por um mesmo médico por parte da idosa e família poderia ser caracterizado como “vínculo”.

Desse modo, para melhor especificá-lo, acrescentamos o qualificativo “resolutivo”, sendo que, para abordá-lo, passamos a problematizar as práticas deste médico de confiança, ofertadas a idosa ao longo do tempo, a partir do desenho da trajetória de busca por cuidados empreendida pela idosa e sua família.

Assim, o objetivo deste estudo foi compreender, a partir da trajetória de busca por cuidado de dona Mocinha e família, como se constitui a relação de vínculo da pessoa idosa e família que vivencia múltiplos agravos crônicos, com o “médico de confiança”.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa⁵ que é utilizado para conhecer características específicas de eventos vivenciados, evidenciando intervenções e situações da vida real, bem como o contexto em que elas ocorreram ou ocorrem, possibilitando, nesse caso, uma compreensão aprofundada sobre a experiência de adoecimento e a busca por cuidado de pessoas e famílias que vivenciam uma condição crônica.

Os critérios de inclusão para seleção do sujeito da pesquisa foram: ser pessoa idosa, ou seja, com 60 anos ou mais⁶; que vivencie uma condição crônica decorrente de agravo cardiovascular, por ser a primeira causa de morbidade entre idosos no Brasil.¹ Atendendo à pesquisa matricial, foram incluídos também os seguintes critérios: ter recorrido à justiça buscando a efetivação do seu direito à saúde e que seja residente em Cuiabá.

Para apreensão da singularidade da vivência da condição crônica pela pessoa idosa e sua família, utilizamos a História de Vida Focal (HVF), metodologia que permite às pessoas contarem suas histórias, possibilitando uma compreensão profunda da situação vivida, a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e lhes dão significado.^{5,7} A HVF foi operacionalizada pela Entrevista em Profundidade, que se constitui não em uma única entrevista, mas é aprofundada em vários encontros.⁷ Deste modo, realizamos três encontros, no período entre fevereiro e abril de 2011, todos na casa da idosa, dona Mocinha, com a participação de sua filha, Ana, e seu genro, Carlos.

O Diário de Campo foi empregado em cada encontro da entrevista, para o registro das observações de campo, que incluem os comportamentos e outras informações não verbais, J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):583-90

além dos “insights” dos pesquisadores sobre o entorno das narrativas⁵, e a transcrição da entrevista na íntegra.

A partir da leitura minuciosa do *corpus* de análise, desenhamos o Itinerário Terapêutico (IT) de dona Mocinha e sua família, uma tecnologia avaliativa em saúde que nos permite compreender as experiências de adoecimento de pessoas e famílias, seus modos de produzir os cuidados necessários, as trajetórias de busca nos diferentes sistemas de cuidado, bem como as redes de sustentação e apoio tecidas para lhes sustentar nesta experiência.⁸ O IT é composto por desenhos de grande potencial analisador, sendo eles o genograma, o ecomapa e os desenhos de trajetória, temporal e espacial de busca por cuidado.⁸

Especificadamente neste estudo, empregamos o desenho da trajetória de busca por cuidados, pois nos possibilitou compreender a lógica que conduziu a busca pelo cuidado empreendida pela idosa e sua família, bem como evidenciar as instituições por ela acessadas, de modo especial, a presença do médico de confiança da família nesta trajetória e suas respostas frente as necessidades de saúde da idosa.

Assim, a discussão sobre o “vínculo resolutivo” teve por base o desenho analisador das trajetórias, bem como as narrativas de dona Mocinha e sua família, ao buscar compreender a lógica de busca por esse médico em específico, para os diversos agravos que a idosa apresenta, bem como as respostas que dele obtém nessas buscas. Dessa maneira, na trajetória destacamos as buscas empreendidas ao médico Luiz, sendo ele o profissional central da discussão sobre vínculo nesse estudo de caso.

Todas as estratégias metodológicas previstas neste estudo estão contempladas no projeto matricial, ao qual este estudo se vincula aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

Soares JL, Araújo LFS, Bellato R et al.

mas exercendo, em vários momentos, competências de um médico generalista. Dessa maneira, em diversas ocasiões, a idosa buscou pelo médico de confiança em situações que não se referiam à sua especialidade, como quando ela apresenta queixas de tonturas e a presença de hemorróida (Fig.1 setas nº 5 e 30).

No caso da hemorróida, o médico de confiança prescreve uma medicação denominada Diosmin® (Fig.1 seta nº 30), já que, devido a idade da idosa, não poderia realizar a cirurgia indicada para esse tipo de agravo:

[...] esse daqui a senhora pode tá tomando que ele é próprio pra, hemorróida né! Aí io cuntinuei, porque io fui no médico [ênfase]. Então ele falô que nãoom podia mais operá da hemorróida por causa da minha idade (D. Mocinha).

Na ocasião das queixas de tontura, o médico afirma o diagnóstico de labirintite, prescrevendo a medicação denominada Vertix® (Fig. 1 seta nº 5), como podemos observar na seguinte fala: “Pois é, esse foi agora quando com a arrumação do, e... eu sentia que tinha ficado com tuntura, né, aí dottor Luiz falô: ‘esse aí é labirinti!’. Ele fala labirinti” (D. Mocinha).

Após algum tempo, fazendo uso dessa medicação, a idosa passou a apresentar tremores e procurou outro médico, um angiologista, que sugeriu a suspensão da medicação prescrita pelo médico de confiança, justificando que os tremores apareceram pelo uso do Vertix® (Fig.1 setas nº 7 e 8). Antes de acatar a prescrição do angiologista de suspender o uso da medicação, dona Mocinha retorna à clínica do seu médico de confiança e o informa sobre o a sugestão do outro profissional. Sem contestar, ele concorda e suspende a medicação (fig. 1 setas nº 9 e 10), como evidenciado no seguinte trecho:

Considerations about the health tie in...

Aí io fui no dottor Luiz, aí io fui no dottor Luiz aí o dottor, aí io falei pro dottor Luiz, que o dottor falô pra eu pará co VERTIX por causa dessa treme, desse tremor na, na mão! [...] Ele falô ‘fez bem!’ Pode Pará! (D. Mocinha).

Esse acontecimento nos chamou atenção por demonstrar a importância, para dona Mocinha, da opinião do médico de confiança no tratamento de sua saúde, pois, apesar das orientações de outro médico, a idosa somente suspendeu o uso da medicação após seu o consentimento. Não obstante, dona Mocinha permanece quase dois anos sem tratar regularmente a labirintite, tomando medicações apenas quando não se sente bem: “ele [o médico Luiz] num passô nada; ele só mandô suspendê!” (Carlos).

Esse fato mostra a importância da opinião do médico cardiologista acerca de outros aspectos da saúde de dona Mocinha, pois, ela passa a não fazer uso da medicação regularmente mediante a suspensão pelo médico, mesmo tendo o alívio para suas tonturas com o uso da medicação: “não, num é que ela ficô sem tomá [ênfase]! É sempre na hora que ela sintia ela tomava o Vertix, porque ela confiava no Vertix” (Ana).

Assim, com frequentes tonturas e sem a medicação diária, dona Mocinha sofre uma queda, permanecendo no chão por cerca de quatorze horas, em um dia de frio (Fig. 1 seta nº 11), como ela conta no seguinte trecho:

Eu num, num tinha força pra levantá! [...] Essa parte minha aqui ficou pretinha [mostrando a perna direita] por causa que era segundo dia daquele frio danado que teve e eu fiquei deitado dia todo no chom. Acho que a, a frieza do chom queimô minha perna. Fico pritinho! Né. Aí que o telefone tocô e eu lá né?! Aí falei graças a Deus! (D. Mocinha)

Somente após esse episódio, o médico de confiança solicita uma série de exames que o leva ao diagnóstico de labirintite, prescrevendo então uma medicação denominada Alóis[®] (Fig. 1 seta nº 13): “[...] aí depois da ida no dottor Luiz, né! É que ela veio tomá o Alois[®]. Mais só qui depois da queda!” (Carlos).

Dessa maneira, entendemos que a pessoa está mais inclinada a acatar a prescrição médica se ela estabelece uma relação de confiança com o profissional que a atende.⁹ Salientamos que essa inclinação não se dá pelo fato desse profissional ser o detentor do saber científico, mas sim pelo fato da pessoa se sentir acolhida pelo profissional.

Deste modo, as narrativas mostram que o vínculo mantido por dona Mocinha com o profissional médico se caracteriza como uma relação unidirecional, na qual a busca pelo cuidado sempre se inicia por parte da idosa e sua família, e não o contrário, visto que, em nenhum momento nas narrativas da família, o médico ou outro funcionário da clínica agendam retorno de consulta ou realizam qualquer outro tipo contato com a mesma, a não ser o que estritamente demandado por ela. Além disso, as práticas médicas aparentam estar focadas principalmente nas prescrições de medicamentos e exames:

Esses tempo io fui lá pra vê, falá pra ele, marquei uma consurta e, porque meus pé tava incháno né! Ele foi, io fui lá, contei pra ele o probrema e... ele falô assim: já sei! É probrema do, do remédio! Aí ele trocô! Que num tava certo (D. Mocinha).

Por isso a importância do vínculo se caracterizar como uma relação tão próxima e tão clara, que o profissional deve se sensibilizar com todo o sofrimento da pessoa que vivencia o adoecimento, sentindo-se responsável pela vida e morte dessa pessoa.¹⁰ Sensibilizar com o todo é olhar a pessoa de forma integral, sendo quase que

exclusivo ao profissional a realização deste vínculo, desse olhar integral¹¹.

Assim, o vínculo por parte de dona Mocinha e sua família parece ter se estabelecido pelo fato de se sentirem acolhidas pelo profissional conforme demonstra o seguinte trecho: “Ele é muito atencioso. [...] Ele num tem pressa de atender a gente. [...] Cê chega lá, ele te escuta tudo o que fô necessário né? [...] Achamos ele muito legal, goshto muito de tratá com ele” (D. Mocinha).

O acolhimento é parte fundamental do processo de criação de vínculo¹⁰ e, segundo o Ministério da Saúde, acolher é uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão que implica em estar em relação com algo ou alguém.¹²

Nesse sentido entendemos que o vínculo da idosa para com o médico de confiança se configura como um vínculo afetivo caracterizado pela sensação de acolhimento que dona Mocinha e sua família têm em relação ao mesmo. Porém, apenas esse vínculo não é suficiente para que a atenção a saúde de dona Mocinha seja resolutiva. Para tanto é necessário o estabelecimento de um vínculo efetivo que se caracteriza pela integralidade, longitudinalidade e efetividade da assistência prestada.

Dessa maneira, o profissional de saúde deve ser capaz de apreender o conjunto de necessidades de saúde que a pessoa cuidada e sua família apresentam, responsabilizando-se por responder àquelas que estejam sob suas possibilidades profissionais, devendo encaminhar e acompanhar aquelas que necessitam ser resolvidas por outros profissionais. Assim, a integralidade, embora “focalizada”, não perde como horizonte a integralidade ampliada que deve ser alcançada pelo conjunto de profissionais e serviços.¹³

Entendemos que a longitudinalidade possibilitaria desenvolvimento de uma relação personalizada que perdure no tempo², na qual o

Soares JL, Araújo LFS, Bellato R et al.

Considerations about the health tie in...

profissional seja a referência de cuidado para a pessoa e família, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema.³

CONCLUSÃO

O desenho da trajetória evidenciou a relação que dona mocinha e sua família estabelecem com o profissional médico, fato que nos possibilitou uma aproximação das noções de vínculo, nos permitindo compreender a maneira pela qual a dimensão afetiva influencia na busca por cuidado de pessoas e famílias. Possibilitou-nos ainda, apreender que este afeto não garantiu, muitas vezes, a resolutividade na atenção à saúde de dona Mocinha, já que, sendo unidirecional, não pareceu se constituir em uma responsabilização do profissional de saúde com a idosa.

Dessa forma, a relação de vínculo no presente estudo apresenta-se de maneira unidirecional, tendo por iniciativa de busca e manutenção desta relação a pessoa idosa e sua família. A responsabilização profissional, no sentido de importar-se com o outro seria a efetivação deste vínculo, o que neste estudo, chamamos de vínculo efetivo; porém, esta efetividade não foi possível de ser percebida na relação de dona Mocinha e sua família com o médico de confiança. Percebe-se que a prática profissional limita-se a prescrição de medicamentos e exames para o tratamento da saúde da idosa.

Assim, entendemos que, como o vínculo é um conceito do campo da saúde, caracterizado por trocas solidárias com a “dupla tarefa” no cuidado a saúde¹⁴; duplo no sentido que não depende apenas da pessoa adoecida buscar a efetivação de seus cuidados em saúde, mas também dos profissionais, que devem ser implicados neste processo. Entendemos então, que a direção do estabelecimento do vínculo deve ser de iniciativa efetiva do profissional para com a

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):583-90

pessoa adoecida. Fato que não pôde ser percebido na experiência de dona mocinha e sua família, visto que a família mantém vínculos afetivos com o médico, mas o profissional não estabelece vínculos efetivos com a idosa e família.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010. 317 p.
2. Organização Mundial da Saúde. Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca. Lisboa: OMS, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf Acesso em: 25/06/2011.
3. Starfield B. Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
4. Gomes ALC, Duarte de Sá, L. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):365-72.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2010.
6. Brasil. Lei n.10.741 de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Parecer nº 1301, de 2003. Brasília, DF; 2003.
7. Bellato, R. et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. Rev eletrônica enferm. 2008;10(3):849-56.
8. Araújo LFS, Bellato R. Itinerários terapêuticos na abordagem de experiências de cuidado no ensino de enfermagem. Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências

Soares JL, Araújo LFS, Bellato R et al.

da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal, v.2, Supl. p.492, 2011. - ANAIS-

9. Caprara A, Rodrigues A. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico, Ciênc saúde coletiva. 2004;9(1):139-146.

10. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: o serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCCO. organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. 17-160 p.

11. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. 39-64 p.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

13. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ;ABRASCO, 2001, p. 113-126

14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS. Brasília: 2004.

Agradecimentos

Agradeço a mestre Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa que muito contribuiu na coleta e análise dos dados, bem como, na redação deste manuscrito, e às Professoras Doutoras Laura Filomena Santos de Araújo e Roseney Bellato, que tanto colaboraram na

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):583-90

Considerations about the health tie in...

concepção da ideia central deste trabalho, na análise dos dados, redação e revisão final deste manuscrito.

Recebido em: 25/08/2012

Revisão requerida: no

Aprovado em: 25/10/2012

Publicado em: 01/10/2013