

Abordagem Centrada na Pessoa

Prof. Cesar Augusto O. Favoreto

Professora Maria Inez Padula Anderson

(Texto didático realizado a partir da adaptação da bibliografia abaixo relacionada)

“Insistiria com vocês .para que prestem mais atenção ao doente do que às características especiais da doença...”

Lidando, como fazemos, com a pobre e sofredora humanidade, vemos o homem sem máscaras, exposto em sua fragilidade e fraqueza, e vocês devem manter o coração aberto e maleável para que não menosprezem as criaturas, seus semelhantes.

A melhor maneira é manter um espelho em seu coração, e quanto mais vocês observarem suas próprias fraquezas , mais cuidadosos serão com seus semelhantes”

Sir William Osler

A mudança da organização dos serviços e das práticas para atingir a plena realização dos atributos da APS implica que a abordagem e intervenção individual dirijam o foco para a pessoa e não, apenas, para a doença e/ou seus corolários.

Na atenção primária a equipe profissional precisa identificar, contextualizar e planejar intervenções sobre situações e problemas de saúde-adoecimento que abrangem o indivíduo doente, sua família, sua comunidade e/ou a sociedade em que ele vive, ou tudo isso. Esta definição é importante, porque determina a forma e o nível (ou níveis) de intervenção que devem ser organizadas.

O desenvolvimento de um olhar sobre o processo de saúde-adoecimento — que tenha como foco o reconhecimento dos problemas de saúde da pessoa, família e comunidade e como finalidade a restauração do bem estar, da autonomia e promoção de novos modos de andar com seus projetos de vida e felicidade — necessita a incorporação de novos conceitos e saberes ao saber tecnocientífico da biomedicina e conseqüentemente, da prática clínica.

Este enfoque, portanto, não se restringe ao agravo e/ou a doença, mas compreende, também, entender e agir sobre as percepções e implicações morais, sociais e culturais dos indivíduos, famílias e comunidades em relação às situações que comprometem a saúde, bem estar e qualidade de vida pessoal e/ou coletiva.

A diferença entre a doença e suas percepções/implicações para os indivíduos é bem definida nos conceitos de “*disease*” (doença, patologia, afecção) e “*illness*” (incômodo, mal estar, doença). O não reconhecimento desta diferença pode comprometer a relação entre profissionais e pacientes, assim como o processo de identificação de problemas e a abordagem terapêutica.

O conceito de “*disease*” tem sua ênfase maior nos aspectos físicos do problema de saúde — anormalidades da estrutura ou função de órgãos ou sistemas corporais — mais do que em questões sociais, psicológicas ou culturais. Assim o conceito de “*disease*” percebe como real apenas aquelas anormalidades que podem ser identificadas objetivamente pela tecnologia diagnóstica e que podem ser quantificadas.

Diseases são as várias entidades patológicas, com denominações próprias, que compõem o modelo médico de saúde-doença, e que podem ser especificamente identificadas por evidências biológicas, químicas ou de outra natureza.

Diseases são “coisas” abstratas ou entidades com propriedades específicas e com uma identidade recorrente, isto é, a afecção será a mesma em qualquer contexto social ou cultural em que apareça. A tuberculose, por exemplo, tem a mesma etiologia, fisiopatologia, manifestação clínica, história natural e tratamento em qualquer sociedade ou cultura em que se manifeste. Entretanto, esta concepção de doença exclui os muitos significados que as pessoas

podem dar à sua própria tuberculose e à razão pela qual esta ocorreu. Assim, é possível ter *disease* - tal como tuberculose ou AIDS - com a mesma identidade em 10 diferentes famílias, comunidades ou culturas, mas, em cada caso, a visão do paciente terá forma muito diferente.

O conceito de "*illness*" refere-se aos significados que os pacientes, bem como suas famílias e comunidades, dão a certos episódios em que sentem um "mal estar", seja ele físico ou psicológico. É a resposta subjetiva, do paciente e daqueles que o rodeiam, ao "não sentir-se bem": a sensação de que "há alguma coisa errada na minha vida", quer seja uma dor, um acidente, um sentimento de depressão ou uma onda de má sorte.

Illness é também a maneira pela qual o paciente e sua família percebem a origem e o significado deste evento, como ele afeta seu comportamento ou as relações com outras pessoas, e os passos que ele dá no sentido de remediar a situação. Portanto, isto inclui, além da sua experiência de sentir-se mal, adoentado, também os significados que ele atribui a esta experiência.

As manifestações físicas, as limitações produzidas e os tratamentos recomendados a um agravo/doença, assim como as percepções e significados psicosocioculturais e os tipos de repercussão provocados sobre a vida constroem as experiências das pessoas e famílias sobre o adoecimento e direcionam suas trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos.

Esta experiência se organiza na forma de uma estória que só faz sentido se for compreendida integrando os fatos com os contextos em que ocorrem e os significados construídos sobre eles.

A narrativa nas estórias do adoecimento

A escuta centrada na doença decorre de um modelo explicativo do processo saúde-doença-terapêutica restrito à racionalidade tecnocientífica biomédica. Esta centralidade influi diretamente na organização de serviços e práticas que se caracterizam pela fragmentação do indivíduo e de seu processo de saúde-adoecimento, hipertrofia da especialização nos modelos de atenção, distanciamento entre os profissionais e os usuários, baixa efetividade na atenção às enfermidades e maior medicalização da vida.

A consequência de um saber e de uma prática clínica centrada na doença é a irrelevância e, por conseguinte, o não desenvolvimento de competências e habilidades narrativas dos profissionais. O olhar focado na doença e suas manifestações naturaliza uma forma objetivante de comunicação e de interpretação das falas do pacientes.

Neste cenário a história é para ser “colhida”, pois o que importa é coletar fatos (sintomas e sinais) que, uma vez agregados e hierarquizados, sejam capazes de serem correlacionados com manifestações fisiopatológicas conhecidas das doenças e, portanto, indiquem o diagnóstico.

Neste processo não há escuta, pois as perguntas são dirigidas apenas aos fatos e abstraem-se suas versões ou o contexto em que eles existem com uma realidade para as pessoas. A comunicação é monológica, pois o diálogo torna-se secundário, desnecessário ou pode até “atrapalhar” esta coleta de informações.

O diálogo é secundário porque o diagnóstico não se localiza no sujeito que sente e dá significado ao sofrimento. Para o diagnóstico da doença bastam os sinais e sintomas vistos como uma realidade objetiva que obedece à verticalidade de uma cronologia e a uma causalidade linear, envolvida em uma dimensão não relacional, sem variações estéticas e autolimitada.

A abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade implica a mudança de um pensamento clínico linear e causal para um pensamento cibernético. A noção de causalidade cibernética baseia-se no modelo de sistemas auto-organizados. O organismo humano pode ser visto como um sistema que se auto-organiza e se mantém pela interação com o ambiente e por um sistema de retroalimentação do ambiente em sua própria produção ou perpetuação.

Os organismos se transcendem pela aprendizagem, pelo desenvolvimento e pelo crescimento. A lógica não linear é “ambos”, e não “este ou aquele” fator ou elemento da realidade vivida pela pessoa. As perspectivas que vemos como opostas podem ser polaridades complementares, diferentes aspectos da mesma realidade.

A forma do profissional de saúde se apropriar deste processo dinâmico, interativo e retroalimentado entre o indivíduo, os agravos, as percepções, as informações, a adaptação e a produção da resiliência é através da escuta e interpretação da experiência do adoecer.

Na busca de compreender por que um indivíduo ou uma família comporta-se de uma forma específica, ou possui certas crenças sobre saúde e doença, vários fatores precisam ser levados em consideração. Dependendo da situação, entretanto, alguns deles podem exercer um papel mais importante do que outros.

As crenças e comportamentos relacionados à saúde, em geral, são influenciados por, pelo menos, cinco fatores diferentes:

- **Fatores individuais:** dizem respeito a um indivíduo particular, tais como sua idade, gênero, altura, aparência, personalidade, inteligência, experiência e condição física.
- **Fatores educacionais (ou subculturais):** tanto formais como informais, que incluem a educação dentro de uma religião específica, um culto, um estilo de vida, uma identidade étnica, ou uma subcultura profissional (por exemplo, a profissão médica).
- **Fatores culturais:** incluindo a cultura de origem, a adoção (no caso de migrantes), a região, a nação e a classe social.
- **Fatores sócio-econômicos:** tais como a pobreza e o desemprego (resultando em precárias condições de moradia, de saneamento, de nutrição e de educação), bem como a discriminação social, o racismo e a perseguição pelas autoridades. Também se encontram incluídos aqui o acesso a suportes sociais e a redes de relações para pessoas doentes e seus familiares.
- **Fatores ambientais:** incluindo a temperatura, umidade, aridez, altitude, densidade populacional, superpovoamento e poluição do habitat, bem como a disponibilidade de alimentos e de água.

Na formação das histórias, para organizar/explicar suas demandas por atenção e cuidado, as pessoas e as famílias integram diversos fatores do processo

saúde-adoecimento. Integram as informações e sentidos relativos à *disease* e à *illness* a partir de um contexto pessoal, familiar e comunitário onde os **fatos** (sintomas, exames, tratamentos) e **suas percepções** (expectativas, valores morais e sociais, sentimentos) se integram e se concretizam como uma realidade e uma demanda para atenção pelos serviços e profissionais de saúde.

Frente à sensação de que "**alguma coisa está errada na minha vida**", os pacientes organizam suas experiências perguntando-se sobre as seguintes questões:

- **O que aconteceu?** Esta pergunta inclui a organização dos sintomas dentro de um padrão reconhecível, dar a este um nome (tal como "eu tenho uma gripe", ou eu tive um ataque cardíaco").
- **Por que aconteceu?** Aqui procura as causas básicas do mal do paciente.
- **Por que comigo?** Esta questão tenta relacionar o evento a aspectos do paciente que podem ter contribuído ao que ocorreu, tal como seu comportamento, dieta, tipo físico, personalidade ou hereditariedade.
- **Por que agora?** Refere-se ao momento da ocorrência, se o aparecimento foi lento ou repentino, e como isto se relaciona a outros aspectos da vida do paciente.
- **O que aconteceria comigo se nada fosse feito?** Esta pergunta considera a provável evolução, o desfecho, os prognósticos e os perigos se não fosse realizado tratamento.
- **Que aconteceria a outras pessoas (família, amigos, empregadores, colegas de trabalho, vizinhos) se nada fosse feito?** Inclui perda de rendimentos ou do emprego, pressão sobre a família e outras relações, além de mudanças na posição social e econômica.
- **O que eu deveria fazer sobre isto ou a quem eu deveria recorrer em busca de ajuda?** Estratégias para aliviar a condição, que podem incluir automedicação, consulta com a família, amigos, religiosos, curandeiros

tradicionais, organizações religiosas ou curandeiros tradicionais, organizações religiosas ou médicos.

Na organização destas respostas os pacientes constroem um modelo explicativo em que a atribuição de causalidade para o problema, a organização temporal, a expectativa terapêutica, os sentimentos desenvolvidos podem ser completamente diferentes daqueles esperados por profissionais de saúde orientados apenas por um olhar biomédico.

Sem a escuta ampliada será difícil para o profissional entender falas e significados como, por exemplo, o de uma paciente, portadora de Hipertensão Arterial, que só usa medicamentos quando fica nervosa e, ao ser perguntada sobre o uso correto da medicação antihipertensiva, responde:

“Tomo Doutor, mas minha pressão tem me impedido de dormir, principalmente nos dias em que a polícia sobe na comunidade”.

Ou o caso de um paciente obeso e diabético ao ser questionado do porque era tão difícil para ele emagrecer ele explica:

“Uma médica me falou que todo diabético é mentiroso, mas vou lhe falar a verdade, não quero emagrecer muito, me lembro das perninhas finas da minha mulher que morreu de CA e do meu cunhado com AIDS”

Possibilitar a escuta e interpretação de falas como estas, implica em entender não só as doenças ou seus protocolos, mas também os significados construídos pelos pacientes. Da mesma forma, o desenvolvimento de projetos terapêuticos apropriados, exige um processo contínuo e permanente de reflexão e aprendizado dos profissionais de saúde da APS.

As conseqüências para o paciente de uma prática em que os profissionais não desenvolvem ou privilegiam suas habilidades narrativas de escutar, de interpretar e de se tornar empático são

- Não conseguir contar suas histórias
- Não conseguir perguntar sobre questões problemáticas
- Não se sentir ouvido
- O trabalho diagnóstico fica desfocado e falho

- O cuidado clínico pode ser marcado pela não adesão
- A relação terapêutica não se estabelece
- O médico não se sente profissionalmente satisfeito

O desenvolvimento da competência dialógica dos profissionais de saúde para exercer a atenção centrada na pessoa e não na doença, envolve:

- Um olhar sobre o adoecimento e os esforços dos pacientes para lidar com ele, como o desenrolar de uma história que inclui o mundo da vida de modo abrangente
- O reconhecimento do paciente como o narrador de uma história e como seu sujeito, dando a ele um papel central na história
- O reconhecimento que um único problema ou experiência pode gerar múltiplas interpretações e que a versão chave a ser localizada é aquela empreendida pelo paciente
- Uma presença compassiva e uma escuta compreensiva
- O entendimento que ao contar sua história o paciente faz-se vulnerável e estabelece sua confiança no clínico, logo exige do profissional de saúde uma responsabilidade ética no ato de escutar as histórias
- A necessidade de integrar a experiência do sofrimento, as expectativas e os medos ao manuseio clínico-terapêutico.

Metodologias para o Desenvolvimento das Competências Dialógicas

O desenvolvimento das competências dialógicas e interpretativas dos profissionais, no sentido de uma prática integral, é um requisito fundamental para alcançarmos a qualificação da APS. Por outro lado, é preciso destacar que o contexto e o processo de trabalho na APS podem ser promotores do desenvolvimento destas competências. Contudo, este movimento precisa ser estimulado e orientado pelo apoio matricial e pela educação permanente.

Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos ao desenvolvimento da abordagem centrada na pessoa e de suas competências inerentes como:

- **Competência Cultural:** deslocamento para compreender outros valores e significados
- **Competência Intersubjetiva:** escuta atenta e interpretativa; discernimento reflexivo, o auto conhecimento e empatia
- **Competência Afetiva:** perceber os sentimentos que fluem nos encontros
- **Competência Ética:** ouvir todos os lados, contextualizar todos os eventos, respeitar todas as vozes e compaixão
- **Competência Terapêutica:** construção e mediação da autonomia e do projeto de felicidade

Estas competências são organizadas em propostas de transformação da atenção clínica como a Medicina Centrada na Pessoa, como a Clínica Ampliada (apontada como uma diretriz de Humanização do HumanizaSus do MS/Brasil) e/ou como um conjunto de habilidades de comunicação e de estruturação da Entrevista Clínica.

Clínica Ampliada *propõe que* o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, *de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. Algumas dicas práticas:*

- *A Escuta*
- *Vínculo e Afetos*
- *Prestar atenção*
- *Muito Ajuda quem não Atrapalha*

A Escuta: Escutar significa, num primeiro momento, não evitar toda queixa ou relato do usuário que não interesse diretamente ao diagnóstico e ao tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida. Ou seja, perguntar porque ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma.

Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, e não do sujeito doente, ou seja, é mais fácil evitar uma atitude passiva diante do tratamento. Evidentemente, não é possível (nem desejável) fazer isto o tempo todo para todo mundo, mas é possível escolher quem precisa mais, e é possível temperar os encontros clínicos com estas frestas de vida.

Vínculo e Afetos: tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, transferem afetos. Um usuário pode associar um profissional com um parente, e vice-versa. Um profissional que tem um parente com diabetes não vai sentir-se da mesma forma ao cuidar de um sujeito com diabetes, do que um profissional que não tem este vínculo afetivo. Tudo isso tanto pode ajudar quanto atrapalhar a construção do vínculo e do projeto terapêutico. Ainda é muito comum que profissionais que cuidam de pessoas com doenças crônicas passem anos começando todos os encontros com a mesma pergunta: “o paciente cumpriu as suas ordens? Tomou a medicação; fez a dieta?” Muitas vezes esta atitude acaba passando a impressão de que estamos mais preocupados em ser obedecidos, do que com a pessoa e a sua vida.

E também acontece que algumas dessas pessoas doentes desenvolvam o hábito de “se divertir” com o serviço de saúde, alardeando tudo que fizeram de “errado”, para desespero dos profissionais. É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela.

Muito Ajuda quem não Atrapalha.

Infelizmente, o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Vivemos, portanto, uma epidemia de uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro.

Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde, e também para os usuários, utilizar esses medicamentos, do que conversar sobre os problemas e

desenvolver a capacidade de enfrentá-los. O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são outros exemplos.

Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles têm riscos à saúde e limites, principalmente quando são solicitados sem os devidos critérios.

A noção de saúde como bem de consumo (“quanto mais melhor”) precisa ser combatida para que possamos diminuir os danos. O real significado e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na clínica ampliada, para diminuir o número de doenças causadas por tratamento médico e para não iludir as pessoas.

Medicina Centrada na Pessoa é uma proposta, desenvolvida por médicos de família do Canadá, que visa transformar o método clínico. Os questionamentos e as propostas de mudança do método clínico são abordados a partir do contexto de práticas da atenção primária. Apesar de dirigidos à prática clínica de médicos, seus elementos constituintes e propostas de ação podem ser aplicados por todos os profissionais da equipe de atenção primária no acolhimento, nas consultas individuais e serem um objeto de reflexão da ampliação do alcance da atenção individual.

O método propõe ampliar o olhar do profissional de saúde sobre o processo saúde e adoecimento ao incorporar dimensões subjetivas, ambientais, sociais e culturais na avaliação e condução do processo terapêutico. Além de ampliar a clínica, seus autores entendem a prática integral como um novo paradigma onde a visão linear e mecanicista do método anátomo-clínico tradicional, dá lugar a um processo complexo em que o organismo humano é visto como um sistema que se auto-organiza e se mantém pela interação com o ambiente e por um sistema de retroalimentação do ambiente e das relações afetivas na própria produção do adoecer e de sua cura.

Suas propostas de avaliação e intervenção se organizam como um novo método que é apresentado e sistematizado através de 6 etapas

- 1- *Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente;*

- 2- *Entendendo a pessoa como um todo;*
- 3- *Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;*
- 4- *Incorporando prevenção e promoção à saúde;*
- 5- *Intensificando a relação profissional-pessoa;*
- 6- *Sendo realista*

Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente

Distinguir e operar com estas duas questões envolvendo o adoecimento humano, isto é com a doença (“disease”) e a experiência de estar doente (“illness”). Desenvolver uma atenção centrada na pessoa exige equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, um encontro entre mente e corpo.

Pode se compreender que a experiência da doença tem três estágios: conscientização, desorganização e reorganização. A conscientização se caracteriza pela ambivalência entre saber o não, não querer admitir que algo esteja errado. Ao mesmo tempo lutam com desejos conflituosos entre permanecer independentes e querer que alguém tome conta delas. Como os sintomas persistem as pessoas admitem que estão doentes e sentem-se abaladas em sua independência.

Quando a resistência por admitir a fragilidade de estar doente é maior pode ocorrer uma maior desorganização, caracterizada por sentimentos de insegurança, medo e depressão. Nestes momentos outros sentimentos afloram como a instabilidade emocional, uma atitude egocêntrica. As pessoas podem se afastar do mundo externo e passar a se preocupar com qualquer alteração do seu corpo. A noção de tempo se encurta e o futuro torna-se uma incerteza. Sentem-se diminuídas e fora de controle. Outras pessoas podem apresentar um sentimento de revolta, em uma tentativa de manter um pouco de sua capacidade de controle sobre suas vidas, mesmo que auto destrutiva.

A reorganização é a mobilização e o encontro de novos significados em face da experiência da doença e, se possível, tentam transcender seu sofrimento. Seu grau de domínio e ressignificação do sofrimento podem variar de acordo com o tipo e a gravidade da doença. A reorganização é muito influenciada pelo apoio

social, particularmente, pelo relacionamento afetivo familiar e pelo tipo de apoio que o profissional de saúde pode oferecer.

É importante que o profissional avalie a experiência da doença reconhecendo suas quatro dimensões: sentimentos, idéias, funcionamento e expectativas. As perguntas para reconhecer estas dimensões seriam:

Quais são os sentimentos da pessoa frente ao adoecer? Identificar sentimentos de medo, irritação, culpa, alívio entre outros.

Quais são as idéias da pessoa a respeito do que sente? Perceber as idéias é entender e interpretar os significados que a pessoa está construindo ou atribuindo ao adoecimento.

Quais são os efeitos da doença no funcionamento da pessoa? Identificar a interferência da doença na qualidade da vida diária, nas relações sociais e econômicas e suas implicações para a família.

Quais as expectativas em relação ao médico e ao tratamento? Na maioria das vezes os pacientes têm desejos e esperanças de um processo e um resultado da atenção que buscam que é construído, a priori, do encontro com o profissional e/ou o serviço de saúde.

Entendendo a pessoa como um todo

Os atributos da APS como a continuidade do cuidado, a atenção à todos os membros da família, a proximidade com o ambiente físico e sociocultural em que as famílias vivem, a facilidade de acesso possibilitam que a equipe conheça mais amplamente entender a experiência do adoecimento, assim como as implicações do adoecimento na pessoa e na família.

Conhecer a pessoa como um todo implica em saber sobre os estágios no ciclo de vida que estão vivendo e a estrutura da personalidade. Elementos que permitem entender as respostas dos pacientes às situações de adoecimento. Reconhecer os mecanismos de defesa e as conseqüentes reações como a repressão, a racionalização, o deslocamento e a sublimação frente à doença. Saber sobre as crises que uma pessoa viveu em estágios do seu desenvolvimento (na adolescência, na juventude, etc) ou está vivendo possibilita.

Aspectos específicos da dinâmica familiar do indivíduo ou de dificuldades de desenvolvimento familiar podem não ser necessariamente compartilhados pela pessoa, mas podem orientar o profissional no manejo da doença e no atendimento individual.

O conhecimento da pessoa como um todo melhora a interação do profissional com o paciente que está cuidando e facilita o diagnóstico em situações em que os sinais e sintomas são confusos ou com reações desproporcionais ao substrato fisiopatológico.

Considerar que o sentido da experiência do adoecimento se organiza e se modifica nas relações que a pessoa estabelece no mundo da vida e, portanto, a sua interpretação é melhor quanto mais próximo estivermos do entendimento do contexto onde a pessoa vivencia a doença. O contexto pode ser abordado a partir de fatores proximais e distais.

Os fatores proximais a serem examinados incluem a família, segurança financeira, educação, emprego, lazer e apoio social. Os fatores distais seriam a comunidade, a cultura, a economia, o sistema de atenção à saúde, os elementos sócio-históricos, a geografia, os meios de comunicação e o ecossistema. O PSF enfatiza a importância do território para as equipes poderem compreender a vulnerabilidade de indivíduos e famílias, os fatores de risco, as estratégias de prevenção e promoção a saúde. Contudo, a MCP enfatiza a importância do território na abordagem da experiência do adoecimento pessoal.

“Estar centrado na pessoa envolve se consciente das muitas camadas de nuances contextuais que envolvem tanto a pessoa quanto o médico. Para chegar a um entendimento compartilhado ou um projeto terapêutico, o significado precisa ocorrer dentro de um conjunto específico de circunstâncias ou contexto”.¹

Elaborando projeto comum de manejo dos problemas

As pessoas quando procuram atenção profissional buscam entender e explicar os sintomas físicos ou emocionais que as preocupam, querem um rótulo que

auxilie as pessoas a entenderem a causa, a evolução, a progressão e o resultado da intervenção sobre a doença.

O processo de encontrar uma solução satisfatória não é uma questão de barganha ou negociação, mas sim de se encaminhar para um encontro de pensamentos e de estabelecer um planejamento. É um componente integral e interativo, é o ponto de convergência para todos os componentes do MCP que deve ser considerado em todos os seus aspectos: conhecer tanto a doença como a experiência; considerar a pessoa e o contexto; reconhecer as oportunidades de prevenção e promoção de saúde; construir permanentemente a relação entre profissional e usuário; e reconhecer as realidades do ambiente em que a atenção à saúde é prestada.

Portanto, o primeiro passo do manejo é a definição e a explicação dos problemas vividos pelo paciente tomando por base a interpretação da experiência do adoecimento e o esclarecimento de dúvidas e apreensões.

Juntos, profissional e usuário, avaliam e negociam metas e prioridades do tratamento. Nesse ponto é importante que as ideias e expectativas do paciente tenham sido temporizadas.

O próximo passo é a definição de uma responsabilidade mútua pelas ações que seguirão. Quando há discordância sobre as metas e a forma do tratamento é importante rever o entendimento e a expectativa do problema, assim como analisar a relação que foi estabelecida com o paciente e reafirmar o compromisso de parceria durante o processo terapêutico.

As técnicas específicas de entrevista motivacional e tomada de decisão compartilhada são úteis para auxiliar as pessoas e os médicos para encontrar um plano conjunto de manejo dos problemas. Estas técnicas são particularmente importantes quando há necessidade de mudança de comportamento em situações como o tabagismo, etilismo ou obesidade.

Incorporando prevenção e promoção à saúde

A dimensão coletiva orienta a maioria das pesquisas e intervenções consideradas como de prevenção e promoção a saúde. Contudo, uma prática integral precisa integrar estas ações também ao atendimento individual, em particular, no âmbito da APS.

A visão de prevenção e promoção, a partir de uma abordagem individual centrada na pessoa, significa integrar aspectos inerentes à coletividade, epidemiologia e à vulnerabilidade sociocultural de grupos populacionais à avaliação individual.

Questões como a demografia, a transição epidemiológica, a desigualdade de renda, a urbanização, as condições de saneamento, a violência urbana e doméstica e a cultura da saúde promovem situações de vulnerabilidade e resiliência que devem ser consideradas como pano de fundo do adoecimento e de estratégias de adaptação e recuperação.

As percepções de que um indivíduo vivencia benefícios e barreiras à sua saúde e a estilos de vida saudáveis são úteis para determinar se uma estratégia de prevenção/promoção será ou não adotada.

Quanto mais a experiência de uma pessoa for dirigida à experiência da doença, mais o mundo da pessoa exigirá do profissional e dos serviços uma intervenção medicalizada. Neste caso, a resposta ao mal estar, às sensações desagradáveis será sempre depositada no campo das intervenções médicas.

Por outro lado, se o indivíduo vê grandes benefícios na prevenção e promoção à saúde, ele percebe pouca gravidade em suas doenças ou pouca suscetibilidade a elas, ou é capaz de se concentrar na saúde apesar de ser portador de agravos crônicos. Nesse caso o profissional assume mais um papel de facilitador e de educador do que alguém que dá respostas e ou dá ordens.

Nos encontros clínicos é importante desenvolver estratégias de identificação e mudança de atitudes dos usuários dirigidas a um estilo de vida saudável, tendo sempre em vista que o risco e culpabilização por parte dos serviços de saúde e seus profissionais é muito grande.

Evitar a culpabilização e estabelecer uma dinâmica de educação libertadora e empoderadora dos indivíduos exige que, antes de trabalhar mudanças de estilo de vida, o profissional compreenda quais são os conceitos e atribuições que os indivíduos têm sobre sua saúde. Entenda a expectativa da pessoa sobre seu bem estar, sobre o desenvolvimento de sua autonomia frente às dificuldades da vida e do adoecer, sobre alternativas fora do campo médico e inseridas em

seus contextos de vida que possam empoderá-lo no enfrentamento e na prevenção de agravos à saúde.

Intensificando a relação profissional-pessoa

A ênfase atual em tecnologia e eficiência na prática médica para o crescimento de problemas na relação com os usuários como a arrogância e a falta de respeito, compaixão, empatia ou apoio por parte do profissional.

É importante que o profissional reconheça que a relação que estabelece com o paciente pode ter um caráter terapêutico ou iatrogênico.

Idéias como “melhor não se envolver com o paciente” ou que “um atendimento compassivo dá trabalho e é mais difícil” são enganosas. Elas prejudicam o resultado do encontro clínico e geram sofrimento para o profissional. Este para se manter distante tem que construir conchas protetoras que suprimem seus sentimentos.

Essa falta de abertura pode criar dificuldades de relacionamentos, não apenas com as pessoas atendidas, mas também em sua relação com outros colegas e na vida pessoal. Manter-se afastado é um falácia, não como não ser afetado de alguma forma pelo encontro com o sofrimento, mesmo quando o resultado é a evitação ou a negação.

Enid Balint e cols mostraram que o importante é mover-se entre a observação objetiva e a identificação empática e, deste modo, buscar um entendimento integrador da situação, um sentido de auto conhecimento por parte do médico e o sentimento de eficiência no entendimento e condução da situação problema.

O desenvolvimento destes sentidos, principalmente o auto conhecimento de seus sentimentos e atitudes frente às situações de sofrimento de seus pacientes, é impulsionado pela reflexão em equipe e pela possibilidade de compartilhamento e supervisão de apoiadores como o caso do NASF.

Neste processo de educação do profissional ele pode lidar com o entendimento de fenômenos de transferência e contratransferência. Todos os

relacionamentos humanos são influenciados por estes fenômenos e, em especial, as relações terapêuticas.

A transferência é um processo em que a pessoa, de forma inconsciente, projeta em que está se relacionando pensamentos, comportamentos e reações emocionais originados em outros relacionamentos significativos desde a sua infância. Pode incluir sentimentos de amor, ódio, ambivalência e dependência. A transferência não é necessariamente um fenômeno negativo na relação. O importante é que o profissional reconheça as reações de transferência, sejam elas positivas ou negativas, para entender como a pessoa vivencia seu mundo e como os relacionamentos do passado influenciam seu comportamento atual.

A contratransferência é também um processo inconsciente que ocorre quando o médico responde à pessoa de forma semelhante àquelas vivenciadas em relacionamentos anteriores. Os médicos devem, portanto, estarem atentos ao que desencadeia neles certas reações, como questões pessoais não resolvidas, estresse ou conflito de valores. É neste ponto que a autoconsciência é decisiva para o profissional lidar com diversas situações vividas nos relacionamentos com o paciente.

A continuidade na atenção e o vínculo entre profissional e usuário é uma ferramenta importante na construção das relações terapêuticas. Esta continuidade deve ser possibilitada pelo modelo de atenção, mas também organizada pela equipe de saúde. Mesmo que os encontros não sejam constantes, ou com o mesmo profissional da equipe, o paciente precisa perceber que a equipe conhece seus problemas de saúde e seu modo de vida, respeita sua privacidade e se coloca como responsável e parceira em sua trajetória de adaptação.

Sendo realista

Ser realista na abordagem centrada na pessoa compreende questões como o melhor uso do tempo e o *timing* para tratar cada problema. O *timing* em adotar alguma intervenção diagnóstica ou terapêutica se faz através da hierarquização compartilhada dos problemas e fazendo uso do conceito de “demora permitida” para avaliar e intervir em alguns dos problemas

apresentados pelos pacientes em uma consulta (particularmente nos primeiros encontros).

O compartilhamento de atribuições, competências e de responsabilidades na equipe possibilitam uma atenção mais racional e otimizada. Por outro lado, a equipe deve conhecer os recursos disponíveis para a atenção e gerencia-los de modo a atingir uma melhor relação custo-benefício e para o paciente e para o sistema de saúde.

Aspectos comunicacionais e dialógicos essenciais na Entrevista Clínica

Três funções de uma consulta individual:

1 Construir a relação terapêutica

- Cumprimentar calorosamente o paciente e tratá-lo pelo nome
- Detectar e responder aos problemas emocionais
- Escuta Ativa

2 Coletar dados

- Não interromper paciente
- Compreender o modelo de exposição que o paciente elegeu para falar sobre seu problema
- Considerar outros fatores envolvidos no caso
- Desenvolver uma compreensão compartilhada do problema

3 Acordar com o paciente o plano terapêutico

- Fornecer informações necessárias
- Ressegura-lo da sua intenção de cuidar
- Negociar um plano de gestão do cuidado
- Fazer correlações
- Negociar mudanças de comportamento

Técnicas Comunicacionais para o Desenvolvimento da Escuta Ativa

- Perguntas abertas: — perguntas que não podem ser respondidas em uma palavra exigem paciente expandir sua narrativa
- Perguntas objetivas: — mover no sentido de perguntas fechadas no final de uma seção da consulta
- Confirmação: — repetir as falas para o paciente para garantir a ele que você tenha compreendido
- Facilitação: — incentivar o paciente, verbalmente (O que mais?) e não verbalmente (nodding)
- Legitimar os sentimentos do paciente: — "*Isto está claramente preocupando muito você*"; "*Você está tendo muita dificuldade de lidar com isto*" ou, "*Acho que a maioria das pessoas se sentiria da mesma forma*"
- Investigando mais objetivamente o problema — incentivo para que o paciente fale mais detalhes: "*Há mais alguma coisa?*"
- Comentários empáticos: — "*Isto esta claramente te preocupando*"
- Oferecimento de suporte, cuidado: — "*Estou preocupada com você, e gostaria de saber como eu pode ajudá-lo melhor com este problema*"
- Negociando prioridades: se existem vários problemas elaborar uma lista e negociar o que lidar primeiro
- Resumo da entrevista: verifique o que foi relatado e use como um link para a próxima parte da entrevista ou na próxima consulta. Isso ajuda a desenvolver uma compreensão comum dos problemas e a controlar o fluxo da entrevista evitando que não haja excesso de informações

Responder às manifestações dos pacientes que demonstram sua disposição em relação ao problema, como insinuações verbais ou manifestações não verbais

Insinuações verbais:

- Reafirme sua observação: — "*quer dizer que recentemente você tem se sentido irritado?*"

- Repetir as palavras do próprio paciente: — *"Não está bem desde que sua mãe morreu"*
- Buscar Clarear o significado de uma fala — *"Que você quer dizer quando diz que sempre se sentem cansado?"*

Manifestações não verbais

- Comentário sobre a sua observação do paciente — *"Posso ouvir lágrimas em sua voz"*
- Fazer pergunta sobre questões que indispõem o paciente — *"Eu imagino que este problema perturba você mais do que você gostaria de admitir"*

Aspectos do estilo da entrevista que auxiliam a avaliação de problemas emocionais dos doentes

Início da entrevista

- Bom contato visual
- Esclarece a queixa apresentada
- Usar perguntas diretas para queixas físicas
- Inicie com perguntas abertas, guardando as perguntas fechada

Estilo da entrevista

- Faça comentários empáticos
- Pince as insinuações verbais e não verbais
- Não leia anotações ao mesmo tempo que colhe a história do paciente
- Lide com o excesso de loquacidade do paciente
- Faça mais perguntas sobre a história do problema emocional

Abordar as relações familiares na consulta

- Entrevista com o paciente sozinho:
- Pergunte como a família vê seu problema
- Pergunte sobre o impacto do problema na vida da família

- Discuta as implicações do plano terapêutico para a família

Entrevista em que o paciente é acompanhado por um membro da família

- Reconhecer a presença do familiar
- Verificar se o paciente está confortável com a presença do familiar
- Esclarecer as razões da presença do familiar
- Perguntar sobre as observações e opiniões do familiar sobre o problema
- Solicitar ajuda do familiar no tratamento
- Se o paciente for adolescente acompanhado por um adulto sempre gastar parte da consulta sem o adulto presente
- Nunca tomar partido

Negociação do plano terapêutico

1- Avaliar as expectativas dos pacientes

- O que o paciente sabe?

O que o paciente quer saber? Investigação? Manejo e cuidado? Ou Resultados?

- Advirta sobre as opções terapêuticas

Identifique as preferências do paciente

- Desenvolva um plano

Envolver o paciente

Delineie a opção preferida para a necessidade e situação do paciente

Pense na família do paciente

- Avalie o entendimento do paciente

Assegure que a compreensão é clara sobre o plano

Considere a elaboração de um resumo escrito

Advirta sobre o manejo de intercorrências

O que o paciente deve fazer se as coisas não correrem segundo o plano?

Acordo sobre o regime de acompanhamento e revisão

Questões chave para a vinculação dos sintomas somáticos promovidos ou reforçados pelo stress emocional

- Ajudar os pacientes para que se sintam compreendidos
- Ampliar a agenda de cuidado para cobrir questões de físicas, psicológicas e sociais
- Negociação de explicações de como os sintomas físicos, o stress psicológico e problemas sociais podem ser ligados através de mecanismos fisiológicos.

Bibliografia

STEWART, M... [et al] **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**; Porto Alegre: Artmed, 2010, 376p

OLIVEIRA, FA; PELLANDA, LC. A Consulta Ambulatorial In: DUNCAN, BB; SCHIMIDT, MI; GIUGLIANE, ERJ (org) **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**, 3ª ed., Porto Alegre, Editora Artmed, 2004, p125-130.

KNAUTH, DR; OLIVEIRA, FA Antropologia Médica e Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, BB; SCHIMIDT, MI; GIUGLIANE, ERJ (org) **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**, 3ª ed., Porto Alegre, Editora Artmed, 2004, p 155-160.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 18 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

FERREIRA, DC; FAVORETO, CAO A análise da narrativa dos pacientes com HIV na construção da adesão terapêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** vol.21, nº.3, Rio de Janeiro, 2011

FAVORETO, CAO.; JR, KRC. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011.