Como vimos antes, a cultura não é homogênea e está em constante transformação. A solução para que o sistema de atenção à saúde vença esse desafio e acompanhe adequadamente essas mudanças é complexa e deve mobilizar os centros formadores de recursos humanos, os profissionais e os gestores de serviços de saúde de forma permanente e em consonância com as necessidades percebidas.

Para tanto, é necessário então manter uma postura em relação aos usuários despida de preconceitos e não etnocêntrica. De outra parte, passa a ser fundamental conhecer as comunidades onde os serviços estão inseridos, entendendo a sua dinâmica, as suas crenças e seus valores. Isso é possível mediante uma abordagem "etnográfica", ou seja, um aporte que possibilite conhecer profundamente a realidade local e perceber o significado do adoecimento e suas consequências para o indivíduo e para o seu grupo social. Além disso, será mais fácil entender o que orienta a busca e a relação a ser estabelecida com os recursos de cura disponíveis.[17]

Aberturas como essa podem indicar mudanças até mesmo no funcionamento dos serviços como, por exemplo, no horário de atendimento, na composição da equipe de trabalho, no estabelecimento de agendas específicas, programas prioritários e até mesmo no desenho do espaço físico ocupado pelas unidades de saúde.

Referências

1. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século. Physis. 1997;7(1):13-43.
2. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
3. Nunes E. O que é etnocentrismo? São Paulo: Brasiliense; 1984.
4. Fabrega H. Medical anthropology. Biennial Review of Anthropology. 1971;7:167-229.
5. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California; 1981.
6. Lévi-Strauss C. A família. In: Shapiro H, editor. Homem, cultura e sociedade. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1966. p. 308-32.
7. Fonseca C. Família, fofoca e honra. Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: UFRGS; 2000.
8. Victora CG. As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos. In: Leal OF, editor. Corpo e significado. Porto Alegre: UFRGS; 1994. p. 77-88.
9. Duarte LF, Leal OF. Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FioCruz; 1998.
10. Knauth DR, Victora CG, Leal OF. A banalização da AIDS. Horizontes Antropológicos. 1998;4(9):171-202.
11. Parker RG. Sexual cultures, HIV transmission, and AIDS prevention. AIDS. 1994;8 Suppl.:S309-14.
12. Paiva V. Sexuality, condom use and gender norms among Brazilian teenagers. Reproductive Health Matters. 1993;1(2):98-109.
13. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
14. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. Med Care. 2005;43(4):356-73.
15. Fox RC. Cultural competence and the culture of medicine. N Engl J Med. 2005;353(13):1316-9.
16. Bhopal R. Medicine and public health in a multiethnic world. J Public Health (Oxf). 2009;31(3):315-21.
17. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. PLoS Med. 2006;3(10):e294.

Capítulo 8
Método Clínico Centrado na Pessoa

Marcelo Garcia Kolling

Uma grande parte dos pacientes que buscam atendimento na atenção primária à saúde (APS) vem por problemas que não são estritamente clínicos. Nesse grupo estão as pessoas que vêm para cuidados rotineiros com a saúde, como consultas de puericultura e pré-natal, bem como para os chamados *check-ups*. Outras vêm por questões administrativas, como necessidade de atestados e declarações diversas. Há quem venha por problemas eminentemente psicossociais, como os que sofrem com o luto, o desemprego, a insegurança e as crises do ciclo de vida. Existe ainda um grupo significativo de pessoas que vêm por necessidade de algum esclarecimento, pois têm medos e preocupações com doença ou precisam de orientações gerais, como no caso da anticoncepção. Além disso, significativa parcela dos pacientes vem ao serviço de APS com problemas em um estágio muito inicial, de modo que fazer um diagnóstico de certeza é tarefa quase impossível, o que, entretanto, não impede o profissional de já iniciar as medidas de manejo ou até mesmo de fazer intervenções curativas.

Por isso, é irrealista – e algumas vezes inadequado – buscar em todas as consultas um diagnóstico médico definitivo, dar nome ao problema, para somente então iniciar o manejo.[1] A busca pelo nome de uma doença e a definição dos quadros clínicos em termos estritamente biomédicos podem fazer com que muitos quadros sejam rotulados de maneira inadequada, como tristeza por depressão, birra por hiperatividade, um paciente com muito medo por pânico, hipocondria ou distúrbio neurovegetativo.

Independentemente de se ter chegado a um diagnóstico formal, ainda está muito longe de estar resolvida a tarefa

Scanned with CamScanner

do médico, haja vista que do diagnóstico e da prescrição à execução das medidas por parte dos pacientes vai um longo caminho. Um número muito significativo de exames nunca chega a ser realizado; outros tantos não têm seus resultados avaliados. Muitas prescrições nunca são cumpridas, ou são usadas muito erraticamente. Modificações de hábitos de vida são necessárias em grande parte das doenças crônicas, mas raras vezes acontecem.

Compreender a doença e a pessoa é uma tarefa desafiadora, que pode levar a um diagnóstico preciso e contextualizado, mas isso ainda é apenas um primeiro passo. O passo seguinte é negociar com o paciente as medidas apropriadas, tarefa esta que tem sido bastante negligenciada na prática clínica.[2]

Várias outras razões vêm se acumulando para que se transforme o método clínico, modificando aspectos essenciais da relação entre médico e paciente:

- → Atualmente, o acesso à informação é cada vez mais amplo, e os pacientes estão informados (e muitas vezes mal-informados) a respeito dos cuidados com saúde e doença.
- → Profissionais da ética, entre outros, têm destacado a importância da autonomia e da autodeterminação do indivíduo.
- → Um número crescente de tecnologias, cada vez mais caras e com ganhos muito marginais em relação a métodos tradicionais, faz com que seja difícil para o médico definir claramente a melhor conduta para cada momento.
- → O crescimento nas queixas levadas à justiça.
- → A necessidade de prevenir o excesso de intervenções potencialmente danosas, seja com exames ou tratamentos.

Muitos esforços vêm sendo feitos para sistematizar essas mudanças necessárias, a maioria deles relacionados claramente com o referencial teórico de "ser centrado na pessoa".

O entendimento e a valorização do paciente e dos aspectos subjetivos do seu sofrimento (competência cultural, antropologia médica, etc.) e o compartilhamento do poder no processo da consulta são os dois aspectos mais destacados na busca de uma prática centrada na pessoa.

Um dos grupos que mais colaborou com a sistematização desse processo está no Canadá e inicialmente foi dirigido por Ian McWhinney e Joseph Levenstein. Com a publicação da primeira edição do livro Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o Método Clínico em 1995, agora em sua segunda edição e traduzido para o português,[3] os autores trouxeram a síntese de um vasto material até então existente e oferecem a proposta mais ampla sobre o assunto.

A transferência do foco da doença para a pessoa, e do médico para o paciente, não só influencia a consulta ambulatorial, mas também deve orientar toda a filosofia da reformulação dos cuidados à saúde. A política de gestão deve ajudar os profissionais de saúde a adquirirem, manterem e exercerem habilidades relacionadas com os cuidados centrados na pessoa e deve encorajar as organizações a cultivarem uma cultura de colocar a pessoa como centro.[4]

Pela sua amplitude e abrangência, o método clínico centrado na pessoa (MCCP) é abordado também em outros capítulos deste livro. Os aspectos da doença *versus* experiência com a doença e da pessoa no seu contexto são abordados em maior profundidade no Capítulo Antropologia e Atenção Primária à Saúde. Neste capítulo são abordadas a generalidade do método e a sua aplicação nos encontros entre o profissional de saúde e a pessoa que requer o cuidado.

EVIDÊNCIAS APOIANDO O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Existem diversos estudos a respeito dos desfechos do uso do MCCP e, apesar das variações metodológicas, responsáveis por heterogeneidade em alguns resultados, pode-se, com segurança, concluir o seguinte: as consultas centradas na pessoa não exigem mais tempo;[5-8] há melhora no controle do diabetes melito e da hipertensão,[9-11] bem como nos pacientes com sintomas inespecíficos;[12] ocorre diminuição nas queixas por má prática,[13-16] redução nos sintomas em doenças mentais,[17] menor prescrição de medicações neurolépticas;[18] são solicitados menos exames complementares;[19] há maior satisfação com a prática por parte do médico;[13] promove-se uma conexão maior entre médicos e pacientes;[20-22] há melhora na adesão[13,21-25] e nos desfechos neonatais,[26] maior provisão de serviços preventivos,[27] menos encaminhamentos[19,28,29] e melhora nos cuidados paliativos.[30-32]

OS MODELOS DE RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Emanuel e Emanuel[33] escreveram um artigo que ainda é tido como uma referência sobre a orientação dos modelos de atenção aos pacientes. Eles dizem que a atitude do médico, durante a consulta e especialmente com relação à tomada de decisão, pode oscilar entre quatro modelos:

- → Paternalista: o médico toma as decisões, visando ao bem do seu paciente.
- → Informativo: o trabalho do médico é oferecer as informações para que o paciente tome as decisões a respeito do seu tratamento.
- → Interpretativo: o médico tenta elucidar os valores e expectativas do paciente, para tomar a decisão de acordo com eles.

Scanned with CamScanner

→ Deliberativo: paciente e médico entram em uma discussão aberta acerca do que ambos consideram melhor, com a busca do equilíbrio como meta.

Os autores propõem que a regra deva ser o uso do modelo deliberativo, sendo o uso de outros modelos adequado em situações específicas, como exceção.

Outra forma de sistematizar os modelos de relação médico-paciente, proposta por Bensing,[34] é apresentada na **FIGURA 8.1**. Segundo esse autor, o modelo mais eficiente seria o de "paternalismo empático", no qual o médico leva em consideração tanto o que parece ser tecnicamente melhor como o que é preferido pelo paciente. Dependendo da pessoa e do problema apresentado, pode-se transitar nos eixos, tarefa que exige flexibilidade, alta empatia e habilidade de comunicação por parte do médico. Condições potencialmente fatais e/ou agudas podem exigir uma abordagem dirigida pelo médico e orientada para as questões médicas e, ainda assim, ser centrada na pessoa, enquanto, no outro extremo, mudanças de hábitos nocivos devem exigir uma abordagem dirigida mais pela pessoa e orientada para questões subjetivas e psicossociais.

O QUE É SER CENTRADO NA PESSOA?

A **TABELA 8.1** apresenta duas entrevistas, uma centrada no médico/doença e outra centrada na pessoa. É claro que esses exemplos são uma caricatura da prática, mas, no primeiro caso, fica ilustrada a busca do médico por um diagnóstico e a sua dominância, conduzindo a consulta o tempo todo. Já no segundo, o interesse pela visão do paciente e pelos aspectos subjetivos da doença revelou novas informações, e a participação do paciente na definição do quadro e do plano de manejo levou a uma conduta diferente, que não será necessariamente melhor, mas que trará benefícios ao longo do tempo, por promover uma relação de intimidade e confiança. Não se pode afirmar nada a respeito do primeiro caso, mas, no segundo, é provável que o paciente siga o plano proposto.

Dimensões do ser centrado na pessoa

Ser centrado na pessoa é uma forma de orientar os cuidados durante o encontro médico, o que inclui três dimensões distintas, que são o centro do poder, o foco da entrevista e o objetivo da consulta.

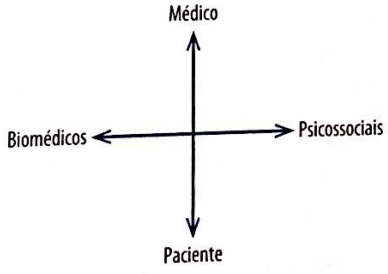


FIGURA 8.1 → Foco na tomada de decisão. Na vertical: responsabilidade. Na horizontal: assuntos.

Quanto ao centro do poder, ser centrado na pessoa pressupõe uma transferência, em algum grau, do poder, classicamente restrito ao médico, para o paciente, no que tange à condução da consulta, à análise da situação e ao processo de tomada de decisão a respeito do manejo.

Profissionais da bioética têm destacado a necessidade de que o paciente seja envolvido e responsabilizado nos seus cuidados, que possa ser esclarecido, a fim de que participe ativa e conscientemente das decisões que precisam ser tomadas, como parte do seu direito humanitário. Todavia, empoderar o paciente não é apenas um dever ético, mas também uma estratégia técnica, já que é o paciente quem decidirá se irá ou não realizar seus exames, buscar os resultados, tomar as medicações, ou fazer as alterações necessárias em sua rotina diária. Assim sendo, sua participação ativa nas decisões tende a ter impacto no seguimento.

Quanto ao foco da entrevista, ser centrado na pessoa se opõe a ser centrado na doença, representando o antigo embate entre o modelo biomédico e o biopsicossocial. Quando a consulta é centrada na pessoa, há espaço para a discussão de aspectos subjetivos da doença, como qual é a vivência do paciente com os sintomas, que sentimentos são despertados, especialmente medos e preocupações. Portanto, uma consulta centrada na pessoa inclui explorar aspectos além dos sinais e sintomas.

Por fim, o objetivo que se tem com a consulta exerce impacto no modelo de assistência. Uma consulta centrada na pessoa tem por objetivo um entendimento entre médico e paciente, com a construção de uma parceria onde todos se beneficiam, em oposição às consultas cujo objetivo é dar um nome para a condição e dizer o que precisa ser feito. Poder-se-ia dizer, então, que a consulta centrada na pessoa não se preocupa exclusivamente com o resultado, mas dá grande atenção ao processo da consulta, em especial ao fortalecimento da relação entre médico e paciente, que precisa, obviamente, ser duradoura e gerar a confiança necessária para se conseguirem bons desfechos.

Objetivos essenciais de uma abordagem centrada na pessoa

O objetivo essencial de um cuidado centrado na pessoa é conseguir o melhor resultado para a saúde do paciente, quer seja na satisfação, na morbimortalidade ou na qualidade de vida.

Assim sendo, a abordagem técnica tem por objetivo obter informações relevantes, que permitam construir um projeto comum de manejo, negociado com o paciente, que promova uma melhor adesão ao tratamento. Ao mesmo tempo, busca-se tornar o paciente, enquanto indivíduo esclarecido, um parceiro no cuidado e executor motivado e disciplinado das medidas de autocuidado, via de regra, necessárias em qualquer problema que se torna motivo de consulta.

Scanned with CamScanner

TABELA 8.1 → Exemplos de duas entrevistas

ENTREVISTA CENTRADA NO MÉDICO/DOENÇA	ENTREVISTA CENTRADA NA PESSOA
Médico: Bom dia, o que está acontecendo?	Médico: Bom dia.
Paciente: Eu estou com dor de cabeça.	Paciente: Bom dia.
Médico: Há quanto tempo?	Médico: Como vai?
Paciente: Uns três meses.	Paciente: Estou com dor de cabeça.
Médico: Muito forte?	Médico:...
Paciente: Mais ou menos.	Paciente: É uma dor que não é muito forte, que dá do lado da cabeça, é enjoada, tem me incomodado um bocado...
Médico: Em que lugar da cabeça?	Médico: Mais alguma coisa?
Paciente: Aqui (aponta a têmpora esquerda).	Paciente: Não...
Médico: O tempo todo?	Médico: O que você acha que está acontecendo?
Paciente: Não, de vez em quando.	Paciente: Não sei bem... acho que pode ter algo errado dentro da minha cabeça; a dor é bem forte, e eu tenho andado meio nervoso...
Médico: Quanto tempo duram as crises?	Médico: Tem andado meio nervoso?
Paciente: Até tomar remédio.	Paciente: É, tenho tido uns problemas com o meu filho...
Médico: Quantas vezes no dia?	Médico: Como é que é isso?
Paciente: Uma vez.	Paciente: Ele é adolescente... e estamos tendo dificuldade com a comunicação...
Médico: Que remédio você toma?	Médico: Você acha que isso pode ter a ver com sua dor de cabeça?
Paciente: Dipirona.	Paciente: Não sei, pode ser...
Médico: E melhora?	Médico: Quando começou a dor de cabeça?
Paciente: Um pouco.	Paciente: Faz uns três meses.
Médico: Piora com barulho ou claridade?	Médico: Aconteceu alguma coisa diferente com seu filho nesses três meses?
Paciente: Sim.	Paciente: Acho que é mais ou menos quando ouvi da direção da escola que ele tem faltado às aulas... eu não sabia...
Médico: Dá ânsia de vômito?	Médico: Isso tem te preocupado?
Paciente: Sim.	Paciente: Sabe como é, pai se preocupa... principalmente com drogas...
Médico: Atrapalha suas atividades habituais?	Médico: Esta é uma preocupação muito importante; sugiro que o senhor fique bem atento aos comportamentos dele...
Paciente: Sim.	Paciente: Isso eu tenho feito. Não tem mais nada para fazer?
Médico: Mais alguma coisa?	Médico: Acho que agora não; se você quiser, podemos marcar uma consulta, eu converso com ele...
Paciente: Acho que é só isso.	Paciente: Isso seria ótimo.
Exame físico, sem particularidades.	Médico: E quanto à dor de cabeça? Tem sensação de ânsia?
Médico: O senhor deve tomar estes comprimidos para evitar que tenha crises.	Paciente: Bem pouco...
Paciente:...	Médico: Fica ruim com barulho ou claridade?
Médico: E estes aqui caso tenha crises mesmo com o outro remédio.	Paciente: Sim...
Paciente:...	Médico: Melhora com alguma coisa?
Médico: E deve voltar caso tenha algum sinal de alerta, ou não melhore.	Paciente: Com dipirona.
Paciente: Ok.	Médico: O que você acha que precisa ser feito?
	Paciente: Se o senhor acha que não é nada grave, eu poderia continuar tomando a dipirona, e ver se meu filho vem na consulta...
	Médico: Acho que é um bom plano, mas se a dor piorar, se aparecerem novos sintomas, o senhor volta antes, ok?
	Paciente: Combinado.

COMO SER CENTRADO NA PESSOA

Uma abordagem centrada na pessoa exige uma sistemática clara, principalmente enquanto se estão desenvolvendo as habilidades específicas.

O MCCP pressupõe a coleta e organização de um determinado conjunto de informações importantes, e o médico deve ter esse modelo na mente a fim de que possa construir seu raciocínio clínico de uma forma integrada e representativa da complexidade de cada caso.

A **FIGURA 8.2** apresenta um esquema conceitual do MCCP, descrito a seguir.

Três são os principais componentes de uma consulta centrada na pessoa, que devem ser buscados em todas as consultas, independentemente da razão do atendimento, e que são aprofundados neste capítulo:

- → Explorar os aspectos subjetivos do problema.
- → Conhecer o contexto do paciente.
- → Construir um entendimento acerca do problema e do que precisa ser feito.

Scanned with CamScanner

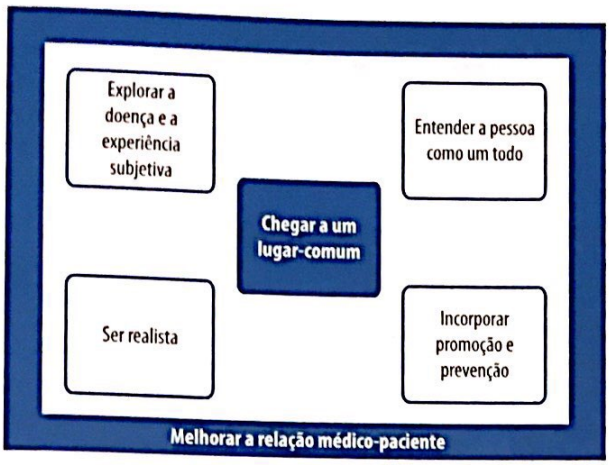


FIGURA 8.2 → Esquema conceitual do método clínico centrado na pessoa. Fica clara a posição central do acordo entre o médico e o paciente. Os dois quadrantes acima são considerados requisitos para se chegar a um lugar-comum; os dois inferiores são elementos que podem ser importantes, dependendo da pessoa e do problema. Por fim, a moldura expressa que o investimento no relacionamento deve permear todo o trabalho do médico.

Componente 1: Aspectos subjetivos e objetivos do problema

O médico deve transitar entre dois mundos durante a consulta. Deve estar atento aos aspectos objetivos da doença, elencando sinais e sintomas que sejam relevantes para o diagnóstico, além de observar expressões corporais, pausas e entonações, para agregar informação às expressões do paciente. Ao mesmo tempo, deve estimular e colher dados sobre experiência do adoecimento, impacto na funcionalidade, valor pessoal dos sintomas, modelos explanatórios que o paciente tenha para o problema vivenciado e aspectos psicossociais que possam ser relevantes (ver Capítulo Antropologia e Atenção Primária à Saúde).

É interessante que o médico não apenas valorize, mas que faça esforço ativo para que o paciente expresse (com perguntas dirigidas) os aspectos subjetivos (S) da vivência da doença, como os sentimentos, as ideias (I) sobre o que está acontecendo, o impacto do problema no dia a dia da pessoa (função – F) e as expectativas (E) que a pessoa tem a respeito de como as coisas devem se desenrolar e do que precisa ser feito. Pode-se usar o acróstico SIFE para lembrar os aspectos importantes (TABELA 8.2).

Frequentemente a pessoa precisará de grande estímulo e apoio para expressar o seu ponto de vista sobre a condição que está vivendo, mas, devido à importância desses dados, deve-se empreender os esforços necessários para que isso aconteça.

Uma pergunta facilitadora que pode ser útil é "qual o(a) senhor(a) acha que é a causa de seu problema?". Não raro o paciente responde algo do tipo "eu vim aqui para que o senhor me diga", "o senhor é que tem de saber", ou "se eu soubesse, não teria vindo até aqui". Nesse momento, deve-se manter a calma e a curiosidade investigativa, justificando e reforçando, com estímulos como "é importante para mim saber o que você está pensando, para que eu possa fazer os esclarecimentos que sejam necessários", ou "é importante eu saber o que você já pensou, já que é você quem está vivenciando o problema e, portanto, tem muito mais informação a respeito do que está acontecendo".

TABELA 8.2 → Como explorar os aspectos subjetivos da doença

	OBJETIVO	EXEMPLOS DE PERGUNTA
Sentimentos	Entender como o sinal ou sintoma está afetando emocionalmente a pessoa, em especial seus medos e preocupações	Você tem alguma preocupação especial com relação a isso? Você tem medo de que isso possa ser ou possa se tornar algo grave? O quê?
Ideias	Entender o que a pessoa entende que esteja acontecendo e como isso ficou assim	O que você pensou que possa estar causando esse problema? O que você imagina que pode ter acontecido ou contribuído para que isso surgisse?
Função	Compreender como o problema afeta a vida diária da pessoa	Você teve de mudar algo na sua rotina depois que o problema surgiu? De que maneira isso tem afetado o seu trabalho ou a realização de suas outras atividades?
Expectativas	Compreender o que o paciente espera que se faça ou que precise ser feito, especialmente em relação a investigações complementares ou medidas terapêuticas	O que você imagina que precisa ser feito a respeito? Você pensou que seria necessário fazer algum exame? Você está pensando que algum tipo de medicação seja necessário?

Em geral, a resistência em expor a opinião pessoal acerca dos quadros de sofrimento está relacionada com uma desqualificação histórica a respeito dos saberes que o paciente tem, exemplificada em expressões do médico como "quem é o médico aqui?", "você estudou não-sei-quantos anos para querer saber mais do que eu?", "isso é uma ideia estúpida, ridícula...".

Essas informações são vitais para que se consiga chegar a um lugar-comum a respeito do que está acontecendo e do que precisa ser feito. Muitas vezes o paciente não está disposto a expressar abertamente o que considera que esteja acontecendo, mas não seguirá nenhuma orientação nem implementará nenhuma medida que de algum modo não esteja de acordo com o que considera que seja o modelo explanatório plausível para os sintomas que está experimentando.

Portanto, para possibilitar uma tomada conjunta de decisão e colaboração do paciente com o plano, é preciso explorar os aspectos subjetivos com tanta avidez como os aspectos mais objetivos do problema, nunca se esquecendo de balancear bem as duas investigações, fazendo a exploração simultânea dos dois mundos, integrando as informações mais relevantes.

Scanned with CamScanner

Componente 2: O contexto

Dados do contexto são fundamentais para a compreensão do processo que levou à doença, das manifestações da doença e dos elementos que poderão ser usados no manejo.

São relevantes tanto elementos do contexto próximo, como condições de trabalho, configuração familiar, etapa do ciclo de vida e estado socioeconômico, quanto elementos do contexto mais distante, como convivência social, bagagem cultural e questões sensibilizantes discutidas na mídia ou vivenciadas de outra maneira.

Um método que parece eficiente para avaliar a relevância das questões do contexto sobre o processo da doença é buscar uma relação temporal entre as mudanças do contexto e o surgimento ou mudança no padrão dos sintomas. Assim sendo, a perda de emprego pode ser um evento relevante na manifestação de uma cefaleia, mas não será o fator mais importante quando aconteceu há três meses e a cefaleia tem duas semanas de duração. Da mesma forma, muitas pessoas podem passar sem grandes intercorrências pelas crises do ciclo de vida, mas no caso de uma mulher que começou a apresentar tristeza e anedonia há três meses, desde que o último filho se casou, deve-se levar essa crise do ciclo de vida em consideração.

Componente 3: Chegando a um lugar-comum

A conscientização sobre os aspectos subjetivos da doença e o conhecimento do contexto são elementos fundamentais, mas somente são importantes se forem usados para se chegar a um consenso a respeito da análise do que está acontecendo, o que pode, ou não, incluir um diagnóstico formal e um acordo sobre a maneira como a condição deve ser manejada.

O primeiro passo, portanto, é se chegar a uma explicação que seja razoável tanto para o médico como para o paciente. Se o paciente não ficar convencido com a explicação do médico para a situação que lhe está trazendo desconforto, ele dificilmente ficará tranquilo sem o uso de exames complementares que "comprovem" a teoria, assim como não terá uma boa adesão a medidas propostas.

Do mesmo modo, o médico deve estar atento à lógica que o paciente estabelece para os sintomas, seus desencadeantes, fatores de melhora e piora, de maneira a poder conciliar essa visão no plano terapêutico.

Quando médico e paciente conseguem chegar a um lugar-comum a respeito do que está acontecendo, passa-se à fase de negociação acerca do que precisa ser feito e quais são as atribuições, tanto do médico como do paciente.

Além desses, três outros elementos, descritos a seguir, podem ser considerados como parte do método clínico.

Componente 4: Incorporar prevenção e promoção

Em geral, os pacientes querem que sejam dadas orientações e tomadas condutas preventivas. Entretanto, recentemente tem crescido a preocupação com o excesso de prevenção e os danos que esta pode trazer (prevenção quaternária) (ver Capítulo Rastreamento de Adultos para Tratamento Preventivo). Desse modo, os médicos devem ser muito criteriosos, embasados e contextualizados, sobremaneira quando indicam procedimentos, como exames e medicações, com essa finalidade.

Componente 5: Reforçar a relação entre profissional e pessoa

A APS tem como um dos seus atributos essenciais a longitudinalidade (ver Capítulo A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde). Por isso, destaca-se a importância de construir uma relação fluida e de confiança entre o profissional e seus pacientes.

Componente 6: Ser realista

Nas consultas, o médico é frequentemente levado a lidar com limitações, como falta de motivação para mudança no paciente, incapacidade de acessar recursos específicos, pressão do tempo, heterogeneidade em equipes multiprofissionais e falta de conhecimentos ou habilidades específicas. É elemento importante a capacidade do profissional em lidar com tais situações.

O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Comunicando riscos e benefícios

Uma das tarefas comuns do médico de APS é manejar situações em que existe um balanço entre riscos e benefícios, como uma investigação que pode ter falso-positivos e falso-negativos, ou um tratamento com efeitos colaterais, ou mesmo a necessidade de mudança de hábitos deletérios.

Informar que existem riscos raramente será suficiente para uma comunicação responsável e ética. Na maioria das vezes, a pessoa que está comunicando o risco terá um objetivo, que poderá ser a modificação de um determinado hábito (quando há sólida evidência de que isso seja necessário) ou a conscientização judiciosa para uma escolha adequada (quando existe evidência de benefício, mas é necessário assumir riscos, e somente parte da população é beneficiada).

A percepção de que se está em risco é a maneira mais eficaz de se conseguir que as pessoas tomem atitudes de proteção[35] e, para que se consiga essa percepção, é recomendável a abordagem exploratória e elucidativa do MCCP (considerando experiências pessoais que o paciente teve com a intervenção em questão, como história pessoal, familiar e suas crenças, discutindo a adequabilidade destas à situação em foco).

Para se conseguir os melhores desfechos em situações que envolvem risco, por meio da abordagem centrada na pessoa, devem-se considerar dois elementos: o interesse do paciente em correr os riscos de uma intervenção contra o de esperar a evolução; e a capacidade de compreensão dos riscos.

Scanned with CamScanner

Alguns preferirão os riscos de uma intervenção aos riscos de não se fazer nada; outros, justamente o contrário. Isso deve ser considerado pelo profissional na sua busca por "chegar a um lugar-comum" com o paciente. À medida que passa a conhecer melhor o paciente, seu contexto e suas aspirações, o médico tem mais elementos para ajudar a pessoa a tomar a sua decisão.

Existe tendência, por parte dos pacientes, de subestimar os riscos e superestimar os benefícios de intervenções. Sabendo disso, o médico deve, pelos meios que sejam possíveis, tentar corrigir as distorções. O uso de números, como número necessário tratar (NNT) e valor preditivo positivo (VPP), pode trazer uma impressão de objetivar as decisões, mas também é fonte de confusão.[36] Quando se deseja usar números, os números absolutos tendem a ser os mais compreensíveis para se chegar a um lugar-comum e devem ser a maneira preferida pelo médico.[37] Gráficos e outras ferramentas visuais foram desenvolvidos para ajudar neste processo,[38] mas ainda são muito pouco usados na APS.

Comunicar os riscos de maneira individual e contextualizada, em vez de apresentar informações genéricas, parece ser o mais eficaz.[39]

Lidando com a incerteza

Quem trabalha na APS lida em um ambiente com muitas incertezas. Com frequência o profissional não consegue dar um nome definitivo para o que está acontecendo, mas já dispõe de informações suficientes para delinear o que precisa ser feito. Comunicar isso ao paciente pode ser um desafio.

Frequentemente, manejam-se casos não com base em seus diagnósticos precisos, mas na exclusão de situações que representem gravidade. Por exemplo: opta-se por tratar de forma conservadora uma criança com quadro de febre pela ausência de sinais de alerta, e não pelo diagnóstico exato. Inclusive propõe-se que, nesses casos, o médico deve estar atento às preocupações específicas das mães evitando passar uma série padronizada de informações.[40] Outro exemplo: apesar de não conseguir definir exatamente o que está acontecendo, a ausência de dor ao esforço físico, de alterações ao exame físico e de risco cardiovascular alto pode ser suficiente para planejar o que fazer com um paciente jovem com dor torácica que está muito preocupado que esta seja de origem cardíaca.

Por isso, é importante que o médico não somente fale sobre o que está acontecendo, mas também explique ao paciente as características do caso que o levam a concluir que não há gravidade ou emergência do ponto de vista clínico, o que fundamentalmente pode definir a tomada de determinadas condutas.

Essas explicações são importantes também para estabelecer o senso de autonomia já que, bem informado, o paciente poderá, em ocasiões futuras, tomar melhor a decisão de quando e por que buscar atendimento, não apenas para si como para as pessoas com as quais convive, divulgando bom conhecimento pela comunidade.

A abordagem centrada na pessoa consegue melhor satisfação, diminuição dos sintomas e menor índice de solicitação de exames nos casos em que as pessoas têm condições não definidas ou inexplicáveis, sobretudo por sua virtude em explorar as preocupações principais dos pacientes[12] (Ver Capítulo Queixas Somáticas sem Explicação Médica).

Comunicar suas próprias incertezas e as lacunas do conhecimento científico é importante e pode ser um fator que traz muito mais credibilidade ao que é apresentado durante a consulta como certo.

Muitos pacientes terão uma boa resposta a uma abordagem como:

"Não sei exatamente o que está acontecendo, mas pelos fatores x, y e z podemos dizer que não deve ser nada muito grave ou preocupante."

Comunicando más notícias

Quando existe a necessidade de comunicar uma notícia desagradável, como o diagnóstico de uma doença grave, a falha de um tratamento, a perda de uma gestação, a necessidade de uma cirurgia ou algo do gênero, as habilidades de comunicação necessárias podem ser um pouco diferentes daquelas dos encontros médicos em geral.

Nenhum médico gosta desse papel, mas, ainda assim, ele faz parte da vida profissional. A falta de uma formação em comunicação e o medo das possíveis reações do paciente, em especial choro, desespero e agressividade, fazem com que o médico não se sinta à vontade nessa situação.

As principais queixas dos pacientes a respeito do modo como seus médicos lhes trouxeram más notícias são a incapacidade do médico em ouvir suas angústias e dúvidas e o uso excessivo de jargões.[41] Estas devem, portanto, estar entre as maiores preocupações do médico ao comunicar uma notícia desagradável, mas outros aspectos importantes também devem ser considerados. A expressão de humor, por exemplo, em outros casos desejável, aqui pode ser vista como muito desrespeitosa; as perguntas muito abertas podem aumentar o estresse do paciente; e sugestões e checagem frequentes da compreensão podem gerar mal-estar.

As consultas nas quais há necessidade de se comunicar assuntos desagradáveis não são adequadas para a construção de relacionamentos pessoais. Por isso, a expressão de intimidade, afeto, consideração e empatia são mais adequadas quando já se tem uma construção prévia e, assim, legitimidade.

A troca de informações deve ser muito focada nas necessidades da pessoa naquele momento, já que o indivíduo precisa de espaço para elaborar os seus sentimentos e não está com disposição para se concentrar e pensar em assuntos que não sejam considerados de máxima importância nesses momentos.[42]

Assim sendo, na hora de dar notícias desagradáveis, é importante que o médico leve em consideração os seguintes aspectos:

→ O quanto o paciente já sabe do seu quadro: algumas vezes há grande temor em comunicar algo que o paciente de algum modo já sabe.

Scanned with CamScanner

→ O que o paciente deseja saber sobre o seu diagnóstico e prognóstico: algumas pessoas desejam apenas saber se sua situação é grave, outras desejam saber detalhes da evolução; há quem deseje saber se a doença pode ser fatal e quem deseje saber quanto tempo de vida ainda pode esperar; certos indivíduos querem saber detalhes da evolução e todas as possíveis complicações, e outros só querem saber genericamente o que pode acontecer.

→ O quanto o paciente é capaz de entender: em alguns casos o uso de expressões matemáticas, como proporções e porcentagens, pode ser impossível de ser entendido; os jargões médicos, também, devem ser evitados ao máximo, mesmo com pacientes que tenham um maior grau de instrução.

Para esse tipo de situação é fundamental que seja providenciado um ambiente que garanta privacidade e um tempo sem interrupções. A quantidade de tempo não precisa ser grande, mas o paciente precisa perceber que o médico está à sua disposição e com a total atenção disponível. Sempre ao final se deve verificar a compreensão, observar os sentimentos e a situação emocional do paciente e colocar-se, assim como o serviço, à disposição.

Facilitando mudanças no estilo de vida

Quase todas as condições que se apresentam como problemas na APS estão relacionadas com condições e hábitos de vida das pessoas. Dieta, atividade física e uso de substâncias são alguns exemplos. Muitas vezes uma mudança de estilo de vida está na base do plano terapêutico, como acontece com os pacientes portadores de hipertensão, diabetes ou síndrome do intestino irritável.

Quatro componentes são essenciais para uma boa comunicação entre médico e paciente a respeito de mudanças no estilo de vida: congruência nas percepções, escolha consensual das metas, disposição para a mudança e intervenções individualizadas.[43]

Congruência nas percepções refere-se a um alinhamento acerca dos problemas, necessário ainda antes que se pense em qualquer meta. Está demonstrado que cerca de metade dos pacientes que têm um índice de massa corporal (IMC) acima de 25 referem-se a seu peso como saudável.[43] Enquanto médico e paciente têm uma discordância a respeito do que deve ser considerado um problema, obviamente não chegarão a um acordo sobre quais as metas e muito menos conseguirão realizá-las.

Quando se fala em chegar a um lugar-comum no que tange a mudanças do estilo de vida, o aspecto central é a pactuação de metas realistas e importantes. É fundamental que se busque objetivar um alvo, de modo que o seu alcance possa ser mensurável. Portanto, melhor do que entrar em acordo sobre "fazer mais atividade física" seria inventariar com o paciente qual tipo de atividade física é mais factível para ele e quantificar uma meta como "andar de bicicleta pelo menos 30 minutos, ao menos três vezes por semana". Começar com pequenas metas, fazendo reforço positivo de cada passo alcançado, é uma estratégia que tende a ser eficiente.

A disposição para a mudança é o terceiro aspecto. O modelo de Prochaska e diClemente pode ser aplicado às doenças crônicas e à necessidade de mudanças no estilo de vida (ver Capítulo Abordagem para Mudança de Estilo de Vida). Uma pesquisa demonstrou que 80% das pessoas se encontram em fases anteriores à ação,[44] desse modo não sendo eficiente que se concentrem o tempo e os demais recursos em programas de ação. Nesses casos, a abordagem centrada na pessoa incluirá que se explorem os valores e significados que o paciente atrela aos hábitos instalados, assim como as potenciais resistências à mudança. Trabalhar para ampliar os aspectos positivos (benefícios) do novo comportamento parece ser a melhor estratégia, seguindo-se pela redução das dificuldades (custos) associadas à mudança.

Por fim, a escolha por parte do paciente do que se encaixa mais em sua rotina tende a ser melhor do que programas prontos ou predeterminados. Assim sendo, as ações devem levar sempre em consideração os aspectos para os quais o paciente esteja mais pronto e precisam ser contextualizadas.

Referências

1. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract. 1986;3(1):24-30.
2. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract. 1999;49(443):477-82.
3. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001.
5. Brown RF, Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH. Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. Br J Cancer. 2001;85(9):1273-9.
8. Tulsky JA. Interventions to enhance communication among patients, providers, and families. J Palliat Med. 2005;8 Suppl 1:S95-102.
9. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med. 2011;86(3):359-64.
10. Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. Ann Fam Med. 2010;8(5):410-7.
12. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, et al. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2006;21(7):671-7.

Scanned with CamScanner

13. Fortin AH 6th. Communication skills to improve patient satisfaction and quality of care. Ethn Dis. 2002;12(4):S3-58-61.

17. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2007;67(3):324-32.

18. Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ. 2006;332(7544):756-61.

19. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000;49(9):796-804.

22. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care. 1988;26(7):657-75.

27. Flach SD, McCoy KD, Vaughn TE, Ward MM, Bootsmiller BJ, Doebbeling BN. Does patient-centered care improve provision of preventive services? J Gen Intern Med. 2004;19(10):1019-26.

28. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. Ann Fam Med. 2005;3(5):415-21.

29. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ. 2001;323(7318):908-11.

31. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA. 2008;300(14):1665-73.

32. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. Arch Intern Med. 2009;169(5):480-8.

33. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267(16):2221-6.

34. Bensing J. Bridging the gap: the separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Educ Couns. 2000;39(1):17-25.

35. Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, McCaul KD, Weinstein ND. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. Health Psychol. 2007;26(2):136-45.

36. Halvorsen PA, Kristiansen IS. Decisions on drug therapies by numbers needed to treat: a randomized trial. Arch Intern Med. 2005;165(10):1140-6.

38. National Prescribing Centre. Patient decision aids [Internet]. [S.l.]: NPC; 2011 [capturado em 19 jun. 2012]. Disponível em: http://www.npc.nhs.uk/patient_decision_aids/pda.php.

42. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. J Clin Oncol. 1995;13(9):2449-56.

44. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48.

CAPÍTULO 9
Abordagem da Morte e do Luto

Martha Farias Collares
Patrícia Lichtenfels
Milton Humberto Schanes dos Santos

Antes do advento dos grandes hospitais e das clínicas de cuidados, as pessoas gravemente enfermas, muitas delas em fase final de vida, eram acompanhadas e cuidadas por suas famílias na comunidade. Dessa forma, todos os membros da família, inclusive os jovens e as crianças, tinham a oportunidade de vivenciar a proximidade da morte e a finitude da vida.[1]

A morte nessa época era familiar e próxima, e todos participavam dela. Hoje, a morte está sendo afastada da vida familiar, o que gera um sentimento de medo e de perda de controle.[2] O afastamento da morte e da vivência da perda tem dificultado a ação dos suportes familiares tradicionais que sempre assistiram as famílias no seu processo de integração da morte e da vida que continua.[3] Apesar de todas essas mudanças, observa-se um reconhecimento sobre a importância de estar face a face com a morte e a perda.

Durante ou após o enfrentamento da fase terminal de vida de um familiar ou pessoa próxima, advém o período de luto. O luto pode ser entendido como uma reação normal e esperada para o rompimento de um vínculo. Tem como função proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência da perda.[4] É um processo determinado por fatores tanto internos (estrutura psíquica do enlutado, tipo de vínculo com a pessoa falecida, histórico de perdas anteriores) como externos (circunstâncias da perda, crenças culturais e religiosas, apoio recebido).

O tempo do processo de luto é bastante variável, e com frequência dura muito mais do que as pessoas esperam. A maioria das culturas ritualiza o luto em um período em torno de um ano. Os sobreviventes em geral não estão preparados para suportar um luto mais prolongado, como ocorre com frequência nas mortes súbitas, traumáticas e prematuras, quando o luto antecipatório não é possível, diferentemente das mortes por doenças crônicas.[1]

Cabe à equipe de saúde oferecer suporte no enfrentamento da morte e no processo de luto. Após a morte de um paciente, em geral os familiares esperam algum contato por parte do médico que o acompanhava, o que pode ocorrer de

Scanned with CamScanner