vida a eficácia do repouso em leito.) O prognóstico costuma ser excelente, tanto assim que cerca de 85% dos pacientes voltam ao trabalho no decorrer do primeiro mês.

A etapa complementar consiste na observação do paciente, com uma "demora permitida" de seis semanas. Aqueles cujos sintomas persistirem além desse prazo – ou se agravarem – deverão ser reavaliados (esta é a mais recente estratégia recomendada pelos especialistas, e a ela nada temos que acrescentar).

As estratégias e táticas apresentadas neste capítulo nada têm de revolucionárias; na verdade, obedecem ao mais elementar bom-senso. Foram testadas durante vinte anos sem dar motivos de arrependimento. Podemos recomendá-las sem qualquer restrição, mesmo porque transformam o atendimento ambulatorial, temido por suas dificuldades, suas incertezas e, principalmente, por causa dos dilemas de conduta, em uma atividade capaz de fazer a satisfação de pacientes e profissionais.

Referências

1. Fry J. Common diseases. London: MTP; 1974.
2. Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. J R Coll Gen Pract. 1972;22(118):297-309.
3. Sandler G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. Am Heart J. 1980;100(6 Pt 1):928-31.
4. Berlinguer G. 15 anos errando pela América Latina. In: Cibenschutz C, organizador. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
5. Wallach J. Interpretation of diagnostic tests. 6th. ed. Boston: Little, Brown; 1996.
6. Mazanec DJ. Low back pain syndromes. In: Black ER, Bordley DR, Tape TG, Panzer RJ, editors. Diagnostic strategies for common medical problems. 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians; 1999.
7. Kloetzel K. Medicina ambulatorial: princípios básicos. São Paulo: EPU; 1999.

Capítulo 13

A Consulta Ambulatorial

Francisco Arsego de Oliveira
Lucia Campos Pellanda

A consulta ambulatorial, apesar de fazer parte da rotina profissional de todo médico que trabalha em atenção primária, deve ser considerada como um fenômeno de grande complexidade, pois diz respeito diretamente ao relacionamento e à comunicação estabelecida entre duas pessoas – o médico e o paciente – que, muitas vezes, mesmo que não estejam se encontrando pela primeira vez, podem apresentar necessidades, motivações e expectativas diferentes em relação a esse momento.

A despeito de todos os avanços tecnológicos na área da saúde, cada consulta ainda é um momento único para estabelecer o diagnóstico e o manejo dos problemas de saúde. Essas são tarefas fundamentais do médico e serão desempenhadas com sucesso desde que, é claro, ele tenha uma atitude adequada e esteja preparado para *ouvir* o paciente em seu sentido amplo, e não apenas escutá-lo. Isso quer dizer que o médico deve aproveitar a consulta para conhecer o paciente e entendê-lo como um todo, reconhecendo-o como um ser humano singular que, além de apresentar o que julga ser um problema de saúde, tem uma família, uma ocupação, mora em uma determinada comunidade, etc. (ver Capítulos Antropologia e Atenção Primária à Saúde e Método Clínico Centrado na Pessoa).

É por esse motivo que muitos ainda consideram a condução de uma consulta uma arte. Porém, mesmo admitindo que esteja no campo da arte, é necessário exercitá-la constantemente, sem desprezar o fato de que há recursos e técnicas disponíveis que, quando utilizados, podem melhorar o desempenho de cada profissional. A consulta pode, dessa forma, tornar-se um instrumento que contribui de maneira decisiva para tornar o exercício da medicina mais humano, efetivo e prazeroso.

Há inúmeras abordagens possíveis em relação à consulta ambulatorial. A abordagem médica clássica, por exemplo, baseia-se em um modelo estritamente biomédico, estando relacionada de modo exclusivo com dois conceitos fundamentais, que são a doença e o diagnóstico. Ou seja, centra o seu esforço em tentar esclarecer qual é a alteração existente em cada caso e qual o seu agente etiológico para, então, poder exercer a sua intervenção terapêutica.

É evidente que, na medicina, a busca por um diagnóstico correto é essencial, pois é a partir dele que se estabelece o tratamento adequado. Essa abordagem adapta-se bem a situações em que está presente uma doença infecciosa, mas não explica, por exemplo, fatores como suscetibilidade individual a elementos externos. Esses aspectos seriam contemplados em uma visão mais holística da pessoa (e não necessariamente menos científica), a qual abrangeria, entre outras questões, aspectos sociais, culturais, psicológicos, a maneira como ele percebe os seus problemas de saúde e os mecanismos de que lança mão para buscar a cura.[1]

OBJETIVOS DA CONSULTA

Dentro da ótica de uma abordagem clínica centrada na pessoa, é importante reconhecer que a consulta represen-

Scanned with CamScanner

ta apenas uma etapa em uma sucessão de eventos em que o paciente busca afastar qualquer sinal que considere uma ameaça à sua saúde. Nesse processo, a pessoa, ao ficar doente, procura elaborar uma explicação convincente para o que está acontecendo com ela, baseada na sua concepção do que é saúde e doença (ver Capítulo Antropologia e Atenção Primária à Saúde). Dentro dessa mesma concepção, decidirá a quem recorrer: ao médico ou a outro recurso. Assim, no momento em que procura um atendimento médico, o paciente já criou as suas próprias ideias e expectativas sobre o problema e o tratamento necessário. Esse processo também inclui na sua elaboração as experiências prévias com o sistema de saúde, os preconceitos, as fantasias e o tipo de relacionamento com o médico, o que, necessariamente, deve ser explorado e esclarecido durante a consulta.

Em uma perspectiva ampla, a consulta ideal é aquela que resulta no desfecho desejado para todos os envolvidos. O sucesso depende, em grande parte, de uma boa comunicação entre paciente e médico, havendo evidências que relacionam a qualidade dessa comunicação com resultados clínicos favoráveis.[2] É fundamental, portanto, que se tenha clareza sobre o objetivo de cada consulta – que pode ser diferente para médico e para paciente –, pois somente assim se poderá saber qual abordagem será mais útil em cada situação.

Pendleton e colaboradores ressaltam que não há receita pronta que possa ser generalizada, mas definem sete tarefas que devem fazer parte de qualquer consulta que se queira integral e coerente (**TABELA 13.1**).[3]

1. Entender o motivo da consulta. Essa tarefa abrange o tipo, a evolução e a etiologia dos problemas, as ideias do paciente em relação a eles, as preocupações, as expectativas e, por fim, os efeitos que esses problemas estão causando ao paciente. Nesse contexto, é importante se ter consciência da complexidade e das incertezas envolvidas no encontro com outro ser humano. Isso pode parecer óbvio, mas certamente todo médico já passou pela experiência de atender um determinado paciente e, encerrada a consulta, ter ficado com a sensação de que não conseguiu perceber o real motivo que o levou a procurar sua ajuda. Inúmeras vezes, a queixa principal apresentada pelo paciente não é o verdadeiro motivo da consulta, mas, sim, um subterfúgio para buscar a ajuda de que realmente precisa, fenômeno que alguns autores chamam de "agenda oculta". De fato, observa-se com frequência que esse entendimento da pessoa (a definição de um "diagnóstico") pode ocorrer em um processo que envolve várias consultas ao longo do tempo.
2. Considerar outros problemas, como queixas crônicas ou fatores de risco associados, de forma direta ou não, ao problema principal, mesmo que não tenham sido apresentados pelo paciente. Esses outros problemas não devem necessariamente ser abordados todos no mesmo momento, podendo-se utilizar consultas subsequentes para tanto. Um recurso útil nesse caso é a elaboração de uma lista de problemas do paciente, que pode ser revisada em outras oportunidades, mas que orientará o seu manejo ao longo do tempo.
3. Atingir um entendimento compartilhado dos problemas com o paciente. A consulta é o momento de troca de informações, de ouvir as preocupações do paciente, mas também de educá-lo sobre o seu problema à luz do melhor conhecimento científico disponível, de maneira que seja entendida e incorporada por ele de forma a não se contrapor frontalmente às suas crenças. Isso costuma ser negligenciado pelos médicos. Esse é um aspecto que ganhou importância nos últimos anos, no sentido de assegurar que o paciente esteja na posição central do cuidado. Dessa forma, é compreensível que a sua perspectiva sobre os seus problemas de saúde seja efetivamente levada em consideração assim como as opções para o seu manejo.
4. Negociar, junto com o paciente, as condutas mais adequadas para cada problema identificado. O objetivo é envolver o paciente na tomada de decisões e está relacionado, obviamente, com a ideia que o paciente faz dos seus problemas de saúde. Isso não quer dizer que o médico deva negar o seu conhecimento técnico ou a sua capacidade de julgamento. A questão principal é que de nada adianta prescrever um determinado tratamento se o paciente, por qualquer motivo, não concorda com ele e não "adere" ao que está sendo proposto. Sempre é bom lembrar que, encerrada a consulta, o paciente tem autonomia para decidir as suas ações, por mais inadequadas que elas possam parecer ao médico.
5. Envolver o paciente no manejo dos seus problemas, encorajando-o a ter responsabilidade sobre eles. Essa tarefa vai além da enumerada antes e estimula o paciente a assumir um papel ativo em todo o processo. Isso é válido especialmente para os problemas crônicos e também está relacionado com a autonomia do paciente e com o conhecimento que ele tem da sua doença. Apesar de muitos médicos (e

TABELA 13.1 → As sete tarefas que devem fazer parte de qualquer consulta que se queira integral e coerente

1. Entender o motivo da consulta
2. Considerar outros problemas, crônicos ou não
3. Alcançar um entendimento compartilhado dos problemas entre o médico e o paciente
4. Negociar junto ao paciente as condutas mais adequadas frente aos problemas identificados
5. Envolver o paciente no manejo de seus problemas
6. Usar o tempo e recursos adicionais (intervenções diagnósticas, etc.) de forma adequada
7. Estabelecer ou manter uma boa relação médico-paciente

Fonte: Pendleton e colaboradores.[3]

Scanned with CamScanner

mesmo muitos pacientes) não se sentirem confortáveis com isso – pela alegação de perda do controle médico –, deve-se encorajar que um paciente diabético, por exemplo, possa fazer pequenos ajustes das doses de insulina conforme alterações eventuais de dieta e de atividade física.

6. Usar o tempo (ver Capítulo O Diagnóstico Clínico: Estratégia e Táticas) e os recursos adicionais de diagnóstico ou encaminhamentos de maneira adequada, seja na consulta ou a longo prazo. Como foi enfatizado, algumas vezes nem tudo deve (e nem pode) ser resolvido em uma única consulta ou exclusivamente com base no exame clínico. Além da solicitação criteriosa de exames complementares, o médico pode amparar-se na continuidade do atendimento e no acesso facilitado – princípios fundamentais da atenção primária à saúde – para ver o paciente mais de uma vez e auxiliá-lo na resolução dos seus problemas.
7. Estabelecer ou manter uma relação médico-paciente (ou médico-pessoa) que permita desempenhar as outras tarefas com sucesso. Para isso, cada médico vai se valer de suas próprias estratégias, de acordo com as características e necessidades de cada paciente.

Todas essas tarefas estão, de certo modo, interligadas. Por exemplo, deve haver uma atmosfera apropriada para se estabelecer uma sólida relação de confiança e empatia, de forma que todas as informações pertinentes à situação possam ser analisadas corretamente. Isso também inclui o exame físico, a avaliação de eventuais exames complementares, o estabelecimento de um ou mais diagnósticos e a decisão sobre a conduta a ser adotada.

Dessa maneira, pode-se comparar a relação médico-paciente a uma parceria. E para que uma parceria ocorra de fato, vários itens devem estar presentes:

- → O objetivo final deve ser comum (a cura ou melhora do estado de saúde do paciente).
- → Ambos os participantes devem querer a parceria.
- → Os envolvidos devem estar suficientemente informados sobre as bases dessa parceria.
- → Deve haver espaço para negociação permanente.
- → Deve haver consciência de que a parceria é mutável, ou seja, sob novos contextos, as regras estabelecidas podem ser repactuadas, adaptadas à nova realidade.

Assim, é fundamental envolver tanto quanto possível o indivíduo que procura cuidado em saúde – e, se apropriado, os seus familiares, tornando-o corresponsável por todo o tratamento. Evidências de estudos que utilizaram uma abordagem centrada na pessoa sugerem que a adesão ao tratamento é maior quando se cria um ambiente de colaboração e troca de informações (ver Capítulo Método Clínico Centrado na Pessoa).[4,5]

Além da identificação e do manejo dos problemas atuais, há três outras ações do médico a serem consideradas a cada consulta em atenção primária:[6]

- → O manejo dos problemas continuados ou crônicos.
- → A promoção de saúde e prevenção de doenças oportunamente.
- → A modificação, se necessário, do padrão de busca de cuidado pelo paciente.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA CONSULTA

Um aspecto importante relacionado com a consulta médica se refere às estratégias adotadas pelo médico em cada situação. Na verdade, mesmo que de modo não consciente, diferentes estratégias são utilizadas para cumprir as tarefas enumeradas antes, exigindo flexibilidade frente à diversidade de situações colocadas.

Cada paciente é um ser único, e cada médico também apresenta diferentes características pessoais e formas de se relacionar com outras pessoas. Desse modo, todo médico possui um repertório de estratégias e habilidades de comunicação que utiliza no seu relacionamento com os pacientes e que é incorporado ao longo da sua experiência profissional. E quanto mais diversificado for o elenco dessas estratégias, maior será a probabilidade de ele conseguir estabelecer uma comunicação efetiva com os pacientes, sobretudo no nível da atenção primária, em que sabidamente o espectro de usuários que buscam atendimento ambulatorial é muito variado, tanto em relação à queixa apresentada quanto à sua cultura.[7]

A escolha das estratégias é extremamente dinâmica e está ligada a uma série quase infindável de variáveis – algumas muito sutis – relacionadas com o paciente e seu problema de saúde, o médico, o ambiente em que a consulta está sendo realizada, o contexto sociocultural, etc. "É a primeira consulta?", "É um problema agudo ou crônico?", "Há uma queixa explícita?": conforme as respostas e as reações do paciente, o médico rapidamente decide que outras perguntas devem ser feitas e que atitude deverá tomar na condução da consulta. A consulta, portanto, deve ser entendida como um processo que não se limita ao encontro físico entre médico e paciente. Possui aspectos que são determinantes anteriores a ela e que terão influência na sua continuidade.

De forma semelhante, o paciente, concomitantemente, também lança mão de estratégias próprias e que podem ser modificadas no decorrer da consulta, buscando atingir os *seus* objetivos naquele momento. Ele pode tentar ganhar a confiança do médico ao elogiar as suas qualidades técnicas ou mesmo exagerar suas queixas para garantir a obtenção do que ele julga adequado em determinada situação.

DURAÇÃO DA CONSULTA

O tempo necessário para uma consulta ambulatorial é motivo de controvérsia. Na Inglaterra, cujo sistema de saúde é muitas vezes citado como modelo, um médico generalista atende, em média, 120 a 150 pacientes por semana, estando o tempo médio de consulta situado em torno de 10 minutos.[8,9] Nos Estados Unidos, um estudo mostrou que o tempo de con-

Scanned with CamScanner

sulta vem aumentando nos últimos anos, chegando a uma média de 20,8 minutos.[10] No Brasil, em um estudo de demanda ambulatorial realizado em um serviço de atenção primária já consolidado, o tempo médio da consulta foi de 15 minutos.

De maneira simplificada, pode-se dizer que o tempo dedicado à consulta deve ser o suficiente para se estabelecer uma boa comunicação com o paciente, elucidar o seu problema de saúde e manejá-lo de forma adequada. É preciso enfatizar que isso variará conforme as características do paciente, do médico e das condições oferecidas pelo sistema de saúde em que a consulta ocorre.

É evidente que a disponibilidade de tempo jamais será absoluta, seja na esfera pública ou mesmo na esfera privada, devendo haver idealmente um equilíbrio entre a oferta de atendimento e as necessidades da população à qual ele está direcionado. Porém, o certo é que se deve analisar o tempo de consulta junto com o princípio da continuidade do cuidado e lembrar que nem sempre uma consulta mais longa é, necessariamente, mais efetiva. Ou seja, há informações, diagnósticos e condutas que necessitarão de vários encontros para serem implementados, sem que isso seja prejudicial ao paciente.

CONDUÇÃO DA CONSULTA

Uma consulta aberta propicia um relacionamento médico-paciente baseado na confiança, com participação e respeito à autonomia da pessoa doente. Assim, não há uma única forma de realizar uma boa consulta, desde que seja levado em consideração o contexto onde ela ocorre e se tenha a preocupação quanto ao estabelecimento de uma boa relação, e não apenas com a obtenção de informações clínicas. Apresenta, em geral, quatro características básicas:

- → O ambiente no qual ocorre a entrevista deve oferecer conforto e privacidade que permitam um comportamento espontâneo por parte do paciente.
- → A entrevista deve começar da maneira mais aberta possível, iniciando com o ciclo de informações que necessite de menor intervenção do médico e tornando as perguntas cada vez mais específicas.
- → O médico deve estimular a comunicação por meio de suas atitudes, gestos e observações, deixando claro que o paciente pode expressar-se livremente.
- → É importante observar o comportamento não verbal do paciente, assim como ouvir sua história.

Essas características baseiam-se no fato de que a comunicação espontânea por parte do paciente é o que fornece as informações mais relevantes. Além disso, limitando-se a participação do entrevistador, é possível diminuir os vícios decorrentes da coleta dirigida e superficial de dados. Uma estratégia é reorganizar o espaço físico do consultório, dispondo as cadeiras do médico e do paciente e seus acompanhantes de forma que fiquem de frente ou lateralizadas, sem ter a mesa de apoio do médico separando as pessoas.

A entrevista pode começar com uma pergunta ampla, do tipo "Conte-me sobre seu problema" ou "O que traz o senhor (ou senhora) hoje aqui?", deixando o paciente falar sem interrupções.[2] Algumas técnicas podem ser utilizadas para estimular a comunicação:

- → Perguntas: deve-se começar com as perguntas mais abertas. Perguntas cuja resposta é um simples "sim" ou "não" devem ser evitadas, assim como perguntas que já fornecem alternativas de resposta ("Você sente dor antes, durante ou depois das refeições?"). É importante ter em mente que a anamnese não é um interrogatório rígido e que as perguntas dirigidas devem ser feitas apenas quando não for possível obter a informação utilizando outras técnicas ou quando são necessários dados muito específicos (p. ex., durante a revisão de sistemas ou na história patológica pregressa).
- → Uso do silêncio: quando o paciente fica em silêncio, o médico pode fazer o mesmo por algum tempo, mas mantendo uma expressão facial e uma atitude receptivas. Isso pode ser mais efetivo do que fazer uma pergunta qualquer apenas para manter a conversação, favorecendo, na maioria das vezes, que o paciente sinta-se à vontade para reiniciar seu relato.
- → Facilitação: pode ser uma atitude interessada do médico, uma mudança de expressão facial ou postura, ou expressões como "Eu entendo...", "Prossiga...", "Estou ouvindo", etc. Outro tipo de facilitação é a repetição da última frase do paciente ("Você disse que tinha febre?") ou de um resumo do que ele relatou. Com esse último recurso, o médico oferece oportunidade para que o paciente acrescente dados ao que relatou previamente ou corrija algumas impressões deixadas.
- → Confrontação: quando o paciente tem dificuldade de fornecer uma determinada informação, pode-se confrontá-lo demonstrando esse fato ("Você parece tenso", "Eu reparei que você falou muito pouco a respeito disso"). A confrontação deve ser baseada naquilo que o médico observa, e não em inferências. É mais eficaz formulá-la como uma afirmação, e não como uma pergunta.
- → Direcionamento: apesar de dirigir mais a coleta de dados, essa técnica não limita tanto a comunicação do paciente quanto uma pergunta fechada. Consiste em dizer, por exemplo, "Fale mais sobre isso" ou "Conte-me com mais detalhes".

Por outro lado, algumas atitudes podem prejudicar o andamento da consulta, incluindo-se atitudes estereotipadas, demonstração de tensão, nervosismo ou frieza, posição defensiva, uso de jargão médico, interrupções no relato do paciente, suposições injustificadas, conselhos precipitados, demonstração de surpresa ou reprovação.

Um objetivo importante de qualquer consulta é obter e registrar as informações sobre o paciente e sua doença, mas tomar notas durante a entrevista pode prejudicar o contato visual e dificultar a percepção de mensagens não verbais

Scanned with CamScanner

que podem estar sendo transmitidas. Uma técnica que pode ser usada é o registro dos dados mais importantes durante a consulta, sendo a descrição mais detalhada realizada depois que o paciente for embora. Essa também não é uma regra absoluta, pois alguns pacientes prezam a escrita do médico, entendendo-a como uma real valorização de suas queixas ("Está tudo anotado no meu prontuário"), sobretudo em alguns serviços, onde o paciente às vezes acaba sendo visto por vários médicos ao longo do tempo.

Por outro lado, sabidamente há situações em que o paciente mostra-se desconfortável com a possibilidade – real ou fantasiosa – de que outras pessoas que não o seu médico poderão ter acesso a esses dados. Nesses casos, o médico tem o dever ético de garantir a confidencialidade, explicitando-a ao paciente.

O registro no prontuário pode ser visto, então, como uma extensão da consulta propriamente dita, pois, além de dar respaldo legal ao médico que presta o atendimento, sintetiza a consulta e faz seu registro formal, de modo a facilitar futuros encontros, seja com o mesmo médico ou com outro profissional. Deve-se lembrar que o registro "pertence" à pessoa que recebe o atendimento. Assim, nas situações em que há sistemas informatizados, é interessante que a posição do monitor permita que o paciente possa acompanhar o registro dos seus dados. No contexto atual, em que muitos serviços de saúde já utilizam prontuários eletrônicos, mais cuidado ainda deve ser tomado para que o foco central da atenção durante a consulta seja a pessoa com problemas de saúde, e não o terminal de computador (ver Capítulo Prontuário Eletrônico e Sistemas de Informação em Saúde para Atenção Primária à Saúde).

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

A comunicação não verbal é muito importante, e o médico pode utilizá-la com o objetivo de ajudar a estabelecer uma relação médico-paciente adequada. Para tanto, as atitudes mais importantes são o contato visual, os gestos, a proximidade com o paciente e as características da linguagem. A fluência, o ritmo e a qualidade da voz são tão importantes quanto o conteúdo da fala, determinando o impacto que esta vai ter sobre o paciente. Por exemplo, cada médico tem sua própria maneira de cumprimentar o paciente, mas alguns aspectos são fundamentais para "quebrar o gelo" e iniciar a comunicação: apresentar-se, usar o nome correto do paciente, recebê-lo na porta do consultório, estabelecer contato visual e dar um aperto de mão.

É importante estar atento às atitudes do paciente e às mensagens subliminares que ele possa enviar. Algumas atitudes podem fornecer "pistas" importantes: expressões faciais características (raiva, dor, tristeza, indiferença), intensidade com que o paciente mantém contato visual, desvios frequentes do olhar, postura adotada, gestos significativos com as mãos ou a cabeça, modo de vestir-se, velocidade, tom e inflexão da voz, hesitações, pausas, mudança de assunto quando é abordado um tópico específico e assim por diante.

RELACIONAMENTO MÉDICO-PESSOA

A relação médico-pessoa é um ponto central no processo de consulta, já que a prática médica não se limita apenas à aplicação de teorias e princípios científicos ao diagnóstico e tratamento de doenças. A habilidade de aconselhar, transmitir confiança ou apenas ouvir o paciente são atitudes igualmente terapêuticas.

O quadro clínico de um paciente não inclui apenas sua doença, mas as mudanças e os sentimentos que esta provoca em sua casa, no seu trabalho, nas suas relações familiares e de amizades. Para que o médico possa estabelecer uma adequada relação com o paciente, é necessário que esteja emocionalmente bem integrado e ciente de suas capacidades e limitações.

Os sentimentos despertados no médico durante a consulta também são importantes para um desfecho satisfatório do encontro. Esses sentimentos, em geral negados ou evitados, podem ser úteis como instrumentos diagnósticos e terapêuticos. Muitas vezes, o estado emocional do paciente (raiva, depressão, medo) pode ser transferido para o médico e vice-versa.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

As consultas do adolescente e do idoso, consideradas situações especiais, são abordadas nos Capítulos Acompanhamento de Saúde do Adolescente e O Cuidado do Paciente Idoso, respectivamente.

Crianças pequenas

As crianças pequenas estão, muitas vezes, ansiosas ou irritadas em função da própria doença e do ambiente que, em geral, não lhes é familiar, o que pode prejudicar o andamento da consulta ou a obtenção de informações do exame físico. Os bebês de até nove meses costumam ser cooperativos e consideram o exame uma brincadeira quando o médico estabelece um bom relacionamento. Entre nove meses e dois anos, as crianças podem demonstrar ansiedade em relação a estranhos, mas podem acalmar-se se o médico for gentil, falar suavemente e não fizer movimentos bruscos. Nesta fase, o exame pode ser feito com a criança no colo dos pais.

Em geral, as crianças com mais de dois anos começam a responder mais racionalmente a comunicações verbais. Todos os procedimentos devem ser explicados, e alguns podem ser demonstrados antes nos pais. A criança deve ser envolvida desde cedo na anamnese ("Você pode mostrar onde dói?") e, com 7 ou 8 anos, já pode fornecer a história principal, que depois é complementada pelos familiares.

A ordem dos procedimentos do exame físico não é rígida. Em crianças tranquilas, é importante iniciar pelas áreas que envolvam menos desconforto ou manipulação (deixando

Scanned with CamScanner

para o fim, por exemplo, o exame das orelhas e da garganta). Em crianças muito ansiosas e irritadas, deve-se iniciar pela parte mais relevante. Nesses casos, é importante auscultar a criança logo no início, já que a informação obtida pode ser prejudicada se ela começar a chorar.

É sempre útil ter alguns brinquedos no consultório para diminuir a tensão da criança enquanto o médico conversa com os pais e para mostrar a ela que aquele não é um ambiente hostil. É importante destacar que uma boa consulta com crianças se inicia em um relacionamento satisfatório com os pais, passando por um ambiente físico favorável, que inclui uma sala de espera com atrativos para essa faixa etária.

Consulta de queixas ginecológicas

Além dos aspectos gerais assinalados antes, a consulta de queixas ginecológicas envolve pelo menos outros dois – temas íntimos como a atividade sexual da paciente e o exame físico dos genitais, ambos cercados por uma série de tabus, especialmente na situação em que o médico é do sexo masculino. O entendimento de que a sexualidade da paciente é importante para a sua saúde como um todo facilita essa abordagem. Algumas recomendações podem ser seguidas para melhorar a condução da consulta nessas situações:

- → Abordar a sexualidade de maneira direta, sem preconceitos e no momento adequado da consulta.
- → Considerar a possibilidade de as queixas estarem relacionadas com a história atual ou prévia de violência física ou sexual.
- → Em relação ao exame físico, deixar a paciente à vontade para despir-se, garantindo privacidade e respeito ao seu pudor, saindo da sala ou utilizando um biombo. Também é fundamental garantir o uso de avental ou lençol para que a paciente não fique totalmente exposta durante o exame.
- → Sugerir que a paciente urine antes do exame, diminuindo o desconforto do exame pélvico com a bexiga cheia.
- → Explicar cada etapa do exame ginecológico, mesmo nas situações em que a paciente já tenha realizado o exame antes.
- → Ter um espelho à disposição como meio auxiliar para explicar aspectos da anatomia feminina ou de achados relacionados com a queixa da paciente.
- → Garantir a possibilidade de que a consulta e/ou o exame físico sejam realizados na presença de um familiar (mãe, irmã, filha, companheiro), amiga ou profissional de enfermagem do sexo feminino.

Para maiores detalhes, ver Capítulo Acompanhamento da Saúde da Mulher na Atenção Primária.

Consulta domiciliar

Uma das situações especiais de consulta médica em atenção primária à saúde muito frequente é a consulta domiciliar, um recurso extremamente útil e incorporado às rotinas de serviços desse nível de atenção.

O contato com o ambiente cotidiano do paciente permite assimilar uma série de informações muitas vezes impossíveis de serem obtidas no consultório médico: como é o relacionamento familiar, quais as condições físicas e de higiene da residência, quem oferece suporte ao paciente, qual a alimentação disponível, etc. Além disso, há a inversão no contexto da consulta, que passa a ocorrer "no território do paciente", modifica a sua dinâmica e exige do médico uma flexibilidade ainda maior na abordagem da pessoa sob seus cuidados. Essa situação é em geral valorizada também pelos pacientes e contribui de maneira significativa para o fortalecimento do vínculo com o médico.

Por outro lado, demanda mais tempo e dedicação do médico, o que impede que ela seja realizada em larga escala em um serviço de atenção primária à saúde, pois traria prejuízo ao acesso a consultas médicas usuais. Assim, a visita ou consulta domiciliar deve ser reservada para pessoas em condições especiais, entre as quais se destacam:

- → Pessoas com incapacidades físicas/mentais que as impedem de ir até ao serviço de saúde, como, por exemplo, pacientes com sequelas graves de acidente vascular cerebral, como hemiplegia.
- → Pessoas idosas e/ou que requerem cuidados continuados por familiares e/ou profissionais, a fim de se avaliar a qualidade desse cuidado e a adequação do ambiente domiciliar.
- → Após internações hospitalares quando o estado geral do paciente o impede de ir ao serviço de saúde.

Interconsulta

Tem se tornado cada vez mais comum em atenção primária à saúde a realização de consultas com mais de um profissional de saúde presente frente a frente com o paciente. Estes podem ser da mesma categoria profissional, como um médico de atenção primária e um pediatra, ou de categorias profissionais distintas, como, por exemplo, um médico e um enfermeiro. Isso pode se dar por demanda do médico de atenção primária, favorecida ou não pelo modelo de organização do serviço de saúde, tanto com profissionais da própria equipe de atenção primária à saúde, como de profissionais de apoio, como os do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF; ver Capítulo Estratégia Saúde da Família) ou outra forma de matriciamento. O Capítulo A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde aborda um pouco mais o tema de matriciamento e seu papel nas interconsultas.

É importante que a condução da consulta se dê pelo profissional em quem o paciente mais confia, isto é, com quem tem um vínculo mais sólido. Tal profissional oportunizará os espaços de comunicação apropriados para que o profissional convidado participe da interconsulta. Resultante desta comunicação, no mínimo, a três será criado o plano de ação para manejar os problemas identificados. É fundamental que nes-

Scanned with CamScanner

se plano de ação estejam claras as responsabilidades de cada um dos participantes, incluindo, como reforçado no início do capítulo, as responsabilidades do próprio paciente, com ênfase no fortalecimento de sua autonomia.

CONCLUSÃO DA CONSULTA

O paciente deve ser informado, mesmo que não verbalmente, de que a consulta está no fim, para que tenha a oportunidade de formular algumas questões finais e para avaliar se o motivo da consulta foi efetivamente entendido. Muitas vezes, é nesse momento que surge a frase "Por falar nisso, doutor, já que estou aqui...". Essa é uma maneira de expressar motivos importantes de consulta, talvez até mesmo o motivo principal.

Como já foi mencionado, muitas vezes não é possível completar a consulta em uma só oportunidade. Com exceção das situações urgentes ou agudas, pedir ao paciente que retorne evita apressar a conclusão da consulta e fornece tempo para que médico e paciente possam refletir sobre questões despertadas durante o encontro. Além disso, a conclusão da consulta pode ser o momento adequado para que fiquem claras as próximas etapas e o que se pode esperar das futuras visitas.

Conforme foi assinalado, a relação entre médico e paciente não se encerra na saída do consultório. O uso adequado do telefone é um bom exemplo de que há outros recursos que podem ser empregados para maximizar o desfecho da consulta ambulatorial e elevar o grau de satisfação dos pacientes. Sem substituir o contato direto com o médico, a conversa por telefone pode funcionar como um prolongamento da consulta em si, configurando-se também como uma forma de acesso ao cuidado de saúde.

Há poucos estudos sobre a utilização do telefone na prática médica – e, dentre esses, um número ainda menor de trabalhos que testam o seu impacto na atenção primária à saúde.[11] Apesar das suas limitações, o uso do telefone é valioso para a identificação de situações que exigem uma consulta formal, para o acompanhamento do tratamento prescrito e para o esclarecimento de eventuais dúvidas que possam surgir com o passar do tempo.

Mais recentemente, a introdução de novas tecnologias de comunicação tem permitido avançar nessa área. Assim, mesmo sem substituir por completo a consulta médica tradicional, a disponibilidade de comunicação por meio de mensagens eletrônicas, por exemplo, pode ser um elemento a mais no arsenal de recursos para favorecer a comunicação adequada com paciente e melhorar o desfecho clínico.

Outro aspecto possível pelo crescente acesso à internet é, além da busca por informações sobre saúde diretamente pelo usuário, a própria consulta médica através da rede, conhecida como "e-consulta". O sucesso dessa opção, que se explica sobremaneira pela facilidade de acesso virtual ao médico, começa a tornar-se popular em alguns países para algumas situações pontuais em que o exame físico é dispensável.[12,13]

Referências

1. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice: time for a new definition. BMJ. 2000;320(7231):354-7.
2. Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine. The consultation. BMJ. 2002;324(7353):1567-9.
3. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford University Press; 2003.
4. Rosser WW, Shafir MS. Evidence-based family medicine. Hamilton: BC Decker; 1998.
5. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995;152(9):1423-33.
6. Fraser RC. Clinical method: a general practice approach. 3rd ed. London: Butterworth-Heinemann; 1999.
7. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. Ann Intern Med. 1999;130(10):829-34.
8. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 2002;325(7362):472.
9. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. BMJ. 1999;319(7212):738-43.
10. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? Arch Intern Med. 2009;169(20):1866-72.
11. Toon PD. Using telephones in primary care. BMJ. 2002;324(7348):1230-1.
12. Nijland N, van Gemert-Pijnen JEWC, Boer H, Steehouder MF, Seydel ER. Increasing the use of e-consultation in primary care: results of an online survey among non-users of e-consultation. Int J Med Inform. 2009;78(10):688-703.
13. Sullivan F, Wyatt JC. Is a consultation needed? BMJ. 2005;331(7517):625-7.

CAPÍTULO 14

A Atenção às Condições Crônicas

Eugênio Vilaça Mendes

O CONCEITO DE CONDIÇÃO CRÔNICA

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais

Scanned with CamScanner