

INICIAR UMA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

IDEIAS-CHAVE

- O clima emocional de um dia inteiro de trabalho fica configurado nas primeiras entrevistas.
- Não acredite no azar nem nos dias ruins: observe de maneira seletiva as coisas boas que o dia de hoje lhe oferece e verá como pouco a pouco o azar desaparece.
- Estressado? Ou você está estressado para poder reclamar de que está estressado? Deixe de sentir autopiedade e concentre-se no que faz, em cada passo do que faz! Devemos aprender a viver cada instante em sua plenitude.
- Você tem somente uma oportunidade para criar uma primeira boa impressão. Mas devemos dar aos pacientes uma segunda oportunidade. Faça um esforço para visualizá-los de maneira positiva.
- Você se deixa levar por seus “repentes”? Você é rancoroso? Há pessoas que você “gosta ou não gosta”, de maneira quase automática? Então você tem um estilo emocional reativo. É conveniente que você analise em que consiste um estilo emocional “*proativo*”.
- Lei do eco emocional: você receberá de seus pacientes o que der a eles na consulta. Se der sorrisos, receberá sorrisos, se der hostilidade, receberá hostilidade.
- Estabeleça controles de segurança, principalmente para detectar o cansaço físico ou estados de desconcentração.
- Aprenda a detectar suas emoções “escutando” sua própria paralinguagem.
- Não superestime uma “má” entrada de um paciente. A entrevista é muito flexível. Pode ser que no final o paciente se despeça de você muito agradecido.
- Você vai se aborrecendo à medida que a consulta progride? Periodicamente temos de *reaprender* a ter prazer com as consultas.
- Periodicamente também temos de *reaprender hábitos complexos*, em especial o hábito de sermos pacientes.
- Estamos permanentemente em um equilíbrio instável com nossa preguiça, inclusive a preguiça de ter paciência.
- Muitas emoções têm uma inércia (transformam-se em hábitos). Romper essa inércia passa, em primeiro lugar, por vencer a preguiça.
- Uma boa entrevista começa com um bom domínio do meio e com a leitura dos dados prévios do paciente. Integrar toda a informação possível e já disponível é meio caminho andado.
- O que se pretende que eu faça aqui e agora? A resposta que damos se constitui na intencionalidade (ou primeiro enquadramento) da entrevista. O que ocorre com esse paciente? A resposta que damos são as *hipóteses precoces*. “Estou indo por um mau caminho, não parece que esse paciente esteja com infecção urinária” ... Eis um *reenquadramento tipo 1*.

Habilidades básicas na primeira entrevista com um paciente

Na entrevista clínica (Cohen-Cole SA, 1991):

- Estabelecemos uma relação interpessoal.
- Realizamos uma série de tarefas destinadas a estabelecer um diagnóstico.
- Propomos um plano educativo e terapêutico.

Essas tarefas são complexas e, para realizá-las de maneira apropriada, somos influenciados pelas condições de trabalho, pelo clima da equipe na qual trabalhamos e por nosso estado emocional.

Antes de começar a consulta

Como estão meu humor e meu estado de ânimo? Estou disposto e atento ou sonolento e confuso? Essas são perguntas-chave antes de começar a consulta (Quadro 1.1).

Quadro 1.1

Antes de começar a consulta

Margarita chega atrasada ao consultório. Às 7h da manhã seu filho de 4 anos estava com 38°C de febre, e ela teve de acordar sua mãe para levá-lo até sua casa, não sem antes dar a ele um antitérmico e um antibiótico. “Meu filho está tomando mais antibióticos do que as crianças normais”, pensa com irritação e culpa. Quando chega ao consultório, é abordada no corredor por uma paciente daquelas que parecem uma semana sim e outra também: “No fim, tive de vir até o hospital”, diz ela. “Faça o favor de esperar!”, responde Margarita com aspereza, enquanto pensa: “Hoje os pacientes estão insuportáveis, terei um dia infernal!”.

No Quadro 1.1, exemplificamos profecias de autocumprimento: “Estou mal, hoje vai ser um dia horrível, tudo vai sair mal”... A origem desse mau humor pode ser situacional (como no caso ilustrado) ou por mal-estar físico ou psicológico. De qualquer modo, sem perceber *começamos a trabalhar* para ter razão, para nos

dar a razão! Para que a profecia se cumpra e dizer: “Eu já sabia: hoje levantei com o pé esquerdo!”. Com a estratégia das profecias, parece que temos certo controle sobre os imprevistos de cada dia. Que jogo sujo o do pensamento mágico! Mas é inevitável? Não acredite nisso. Observe a Figura 1.1. Na posição A, vemos um profissional incapaz de abandonar seu mau humor e sua profecia. Contudo, na posição B, o profissional é sensível ao meio. Um dos pacientes brinca e o contagia com seu bom humor ou talvez se mostre agradecido por um sucesso terapêutico. A seta de retorno indica que o processo se reverte: a profecia se dissipa.

Agora vamos examinar a posição C, muito mais interessante. Margarita percebe que “Estou com um humor do cão”. “Dei ao meu filho um antibiótico que talvez ele nem precise, apenas para a minha conveniência, e ainda por cima estraguei a manhã da coitada da minha mãe”. No entanto, reconsidera: “Bom, fiz a única coisa que podia fazer, escolhi o mal menor, pois do contrário teria de conseguir o dia livre e deixar meus pacientes na mão”. “Agora, o que devo fazer é não deixar que minha tensão repercuta em meu trabalho”. Para isso, propõe-se de maneira consciente a sorrir para seus pacientes. O que ela pretende com isso? Em primeiro lugar, receber um eco emocional favorável, que reforçará um clima positivo. Se estamos sérios, vamos receber seriedade, se sorrimos, vamos receber cordialidade (*lei do eco emocional: recebemos conforme o que damos*). Em segundo lugar, *o sorriso age como uma ginástica das emoções*: tonifica e flexibiliza nosso arco emocional, nossa capacidade para transitar de maneira mais fluida por diferentes sentimentos, sem nos deter na parte negativa do arco emocional.

Consequências práticas:

- a) Antes de iniciar a consulta, pergunte-se: como está o meu humor? E minha atenção? Em certas ocasiões, pequenos impactos emocionais têm um grande efeito sobre nosso humor e estragam uma jornada de trabalho. Não permita que isso aconteça. Cuide-se um pouco! (Neighbour R, 1989).

	Estado de ânimo	Cognição	Relação interpessoal	O que ocorre
Posição A	“Que dia de cão”	“Sinto-me estressada, estou com dor nas costas”	“Que paciente chato”	Círculo vicioso: os pacientes confirmam à doutora que são chatos, e ela fica cada vez mais irritada
Posição B	“Que dia de cão” “Hoje também pode ser um bom dia”	“Sinto-me estressada” “Minhas costas doem menos se me distraio”	A relação é boa, os pacientes fazem brincadeiras/piadas	Um dos pacientes inverte a situação, e a doutora pode sintonizar “no melhor de si mesma”
Posição C	“Que dia difícil me espera” “Bom, não vamos exagerar”	“Sinto-me estressada, mas se consigo me distrair e sorrio para meus pacientes vou me sentir melhor”	“Que paciente chato, mas cada um é como é, e sou eu quem deve se adaptar”	Os pacientes veem a doutora como previsível e de humor estável

Figura 1.1 O círculo dos “dias ruins”. As setas pretas simbolizam a capacidade para inverter o processo.

- b) Faça um esforço para visualizar seus pacientes de maneira positiva. Eles não são “seus inimigos”, são pessoas que têm afeto por você. Também não são “chatos”, procuram-lhe para aliviar algum tipo de sofrimento. Estão aí porque confiam em você.
- c) Monitore seu rendimento com alguns sinais objetivos. Por exemplo, se você escreve à mão, seu tipo de letra irá evidenciar seu estado de concentração. Normalmente, quando estamos muito cansados, nossa caligrafia piora, há menos regularidade no traço. O cansaço também nos leva a suspirar, os olhos e as mãos sofrem leves tremores, é possível que precisemos dissimular um bocejo. Aprenda a detectar esses sinais. Se você os detecta, aplique as normas de “Controle de segurança”, comentadas no Quadro 1.2.
- d) Às vezes dizemos: “Que inferno, assim não há quem possa trabalhar direito!”, mas na verdade se trata de uma estratégia para nos lamentar e evitar o desafio cotidiano de dar *o melhor de nós mesmos*. Quando você pensar: “Estou estressado”, diga-se também: “Será

que estou procurando uma desculpa para não fazer melhor as coisas?”.

Quadro 1.2

Controles de segurança quando estamos cansados

Bernardo percebe por sua letra que está cansado. Nessas ocasiões, há vários truques para evitar erros. Em primeiro lugar, antes de o paciente entrar no consultório, *ele lê com atenção a Lista de problemas* (e o resumo da história clínica, se estiver atualizado) e *aponta aspectos pendentes* (p. ex., “pedir exames”, “fazer preventivo”), diretamente na evolução clínica. Quando o paciente relata suas diferentes demandas, *abre um parágrafo* para cada uma delas (para cada caso). Por exemplo: 1) cefaleia; 2) acha que pode ter cera no ouvido; 3) controle do nódulo de tireoide. Se o caso parece complicado, *prefere escrever as descobertas da anamnese e do exame físico antes de concluir a entrevista* (i.e., antes de emitir a orientação diagnóstica para o paciente, escreve: “crepitações basais, pulso de 98 por minuto, etc.”). Isso permite que *ganhe tempo para pensar*. Enquanto vai escrevendo, parece que as ideias se organizam melhor. Finalmente, revisa duas vezes as receitas que prescreveu, perguntando-se: “esse é o remédio correto e a dose correta?”.

Estabelecer uma relação terapêutica

Antes de iniciar uma entrevista:

Leia com atenção todos os dados pré-elaborados

Leia relatórios e história clínica realizada por colegas, por exemplo, mas não se deixe influenciar por julgamentos ou comentários do tipo “paciente somatizador”, “mal-educado”, “pensionista”, etc. Faça isso também com pacientes já conhecidos, pois refrescar a memória com a intenção de *redescobrir* o perfil da pessoa que temos na frente é um investimento muito rentável. Objeção: “Não tenho tempo”. Nesse caso, priorize a leitura da lista de problemas ou do resumo (*epícrise aberta*) e a última (ou últimas) evolução clínica.

Não menospreze os acompanhantes

Eles podem ser de grande valor como fontes de dados, e sua opinião vai influenciar poderosamente o paciente (por algum motivo, o paciente permite alguém acompanhá-lo na consulta). O acompanhante em geral é *nosso aliado*, em nenhum caso nosso inimigo. Objeção: “Se o acompanhante não deixa o paciente falar?”. Talvez tente protegê-lo. Estude as estratégias da Tabela 1.1.

Procure criar uma atmosfera cordial e empática

Sempre com naturalidade. Não se force a ser mais cordial do que é normalmente, porque quando você voltar ao seu comportamento habitual seus pacientes pensarão: “Por que ele está aborrecido?”. Objeção: “Como sei se meu tom de cordialidade é o correto?” Em geral, nós mesmos não temos como saber. Peça a opinião sincera de um bom colega ou amigo ou comece a se gravar em vídeo e interprete o material com ajuda de um especialista ou seguindo as pautas expostas no Capítulo 6.

Um cumprimento cordial nem sempre consiste em dar a mão

Dar a mão também ajuda, principalmente se é você quem toma a iniciativa. Mas também

pode ser tão ou mais importante olhar com atenção para o paciente enquanto sorrimos ou mencionamos seu nome. Procure mostrar pelo menos um “*marcador de clima*” de cordialidade, seja um sorriso ou um comentário agradável e, sobretudo, cuide do *tom de voz*. O tom de voz costuma nos trair se estamos cansados. É “tão sutil” que uma pessoa pode perceber o grau de consideração que temos por ela... simplesmente pelo tom com que falamos! De modo inverso: você pode indicar cordialidade modulando apropriadamente o cumprimento inicial. Objeção: “Posso perceber meu tom de voz?” Como foi dito, em geral, é necessário fazer gravações em vídeo e prestar suficiente atenção; você mesmo poderá se ver cansado, irritado, farto, complacente... pelo tom que

Tabela 1.1 Acomodar um acompanhante que interrompe

Estratégia de “*Esvaziamento da interferência*”: estimule o acompanhante a “esvaziar” completamente suas ansiedades, a nos dizer “tudo”. Depois diremos: “Obrigado por essa informação, certamente irei considerá-la; O que acha se agora o paciente nos contar como se sente?”.

Técnica da “*ponte*”: o paciente interrompe, mas o profissional não o coíbe, e sim pergunta ao paciente: “Isso que seu esposo diz é o que você sente?” “Qual é sua opinião sobre o que diz seu esposo?”.

Técnica de “*pacto de intervenção*”: “O que você acha de agora deixarmos que seu esposo nos diga o que está acontecendo?”. Se ainda assim interromper, dizer com delicadeza: “não combinamos que deixaríamos ele falar?”.

Técnica de *criar “outro” ambiente*: separamos o paciente do acompanhante. Em alguns casos, diremos aos pais que acompanham um adolescente: “Veja, em geral, nessa idade, os meninos gostam de contar suas coisas sem a presença dos pais, não porque queiram dizer coisas que não contem a vocês, mas simplesmente porque se sentem mais à vontade... vocês teriam a gentileza de esperar um momento na sala de espera e depois entram novamente?”. Outras vezes diremos ao paciente que passe para a maca e, com o acompanhante sentado, prosseguiremos com a anamnese.

usa! *Atentar para a nossa paralinguagem* é o controle de qualidade mais simples e imediato que possuímos.

Demonstre ao paciente no primeiro minuto que você lhe dedica sua atenção preferencial. Olhe para ele

Evite fazer outras tarefas no primeiro minuto da entrevista, por exemplo, olhar a tela do computador ou ler a história clínica. Isso nem sempre é possível, mas se precisar ler papéis, olhe às vezes para o paciente para indicar a ele: “Você tem prioridade”. Olhar com atenção para o paciente não significa manter o “olhar fixo” nele, o que seria incômodo. Objeção: “E se antes de o paciente entrar eu não tiver tido tempo de ler sua história clínica?”. Nesse caso, diga-lhe: “Desculpe um minuto, estou revendo seu histórico”. E ainda, “Você teve uma pneumonia aos 20 anos, mas nenhuma outra doença grave, certo?”.

Alguns pacientes podem se sentir gratos com os sinais indicando que eles mantêm certo grau de controle sobre a entrevista

Proporcione **controle sobre os processos**. Por exemplo: “Você quer fazer uma cópia desses exames?”. “Prefere a medicação em envelopes ou cápsulas?”, etc.

Delimite claramente as demandas do paciente

A seguir, algumas técnicas adequadas:

- **Delimitar demanda:** “O que o traz por aqui hoje?”.
- **Prevenção de demandas aditivas:** “Deseja consultar por mais alguma coisa?” Às vezes é conveniente repetir a pergunta antes de sair da maca onde é feito o exame físico: “Precisamos ver alguma outra coisa que você ainda não tenha comentado?”.

Observe o uso dessas técnicas no Quadro 1.3.

Quadro 1.3

Prevenção de demandas aditivas

Ana conhece bem seus pacientes: sabe quais deles vão direto ao ponto e quais prolongam a consulta em um rosário de queixas. Com essas últimas pessoas não hesita em manter um diálogo deste tipo:

Entrevistadora: O que a traz aqui?

Paciente: A diabete, como sempre, ninguém consegue fazer ficar bem.

Entrevistadora: Mais alguma coisa?

Paciente: A coluna, a senhora sabe... o que a senhora me deu não adiantou nada.

Entrevistadora (novamente fazendo prevenção das demandas aditivas): Mais alguma coisa?

Nesse ponto, alguns pacientes talvez digam com um sorriso: “A senhora acha pouco?”. Outros acrescentarão mais algum motivo e, finalmente, também precisarão pensar para “encontrar mais alguma coisa”. A habilidade de Ana consiste justamente em reconhecer se o paciente “trazia” de fato algo a mais para consultar. Caso contrário, concluirá rápido:

Entrevistadora (fazendo um resumo das demandas e organizando os conteúdos da entrevista): Se entendi bem, hoje você vem para o controle da diabete e por causa da coluna... Vamos começar pela diabete.

Exemplo prático: prevenção de demandas aditivas

Observe a seguir como o profissional realiza a prevenção de demandas aditivas e interroga sobre problemas prévios. Tudo isso no pouco espaço de tempo de que dispomos? Na realidade, tocar nesses problemas não significa que deva tratá-los ou solucioná-los nessa visita.

Erros a evitar

Erros por falta de controle do ambiente assistencial

Uma boa entrevista sempre começa por um bom domínio do ambiente

Evite as consultas de corredor, ou interrompendo outra tarefa, ou sem as condições necessárias

Tarefas no início de uma entrevista

Abreviaturas: E: entrevistador; P: paciente.

TAREFA REALIZADA	DIÁLOGO
<p>Cumprimento cordial: nesse ponto da entrevista é crucial olhar atentamente para o paciente e sorrir. Desse modo, deverá ter se familiarizado alguns momentos antes com a história clínica.</p>	<p>E: (apertando a mão): O que a traz aqui? P: Muitas coisas e não sei por qual começar. E: Interessam-me todas.</p>
<p>Delimitar o motivo da consulta: não tenha medo de que o paciente expresse tudo o que traz em sua agenda, porque ele o fará de qualquer modo. Se você avançar, terá a vantagem de conduzir o processo! Veja a Figura 1.2.</p>	<p>P: Sinto os ouvidos tampados de cera, todos os anos preciso limpar e, além disso, necessito fazer uns exames porque já me chamaram para operar da hérnia. Ah...! e meus cabelos estão caindo aos montes estou com os nervos à flor da pele. E: Mais alguma coisa? P: Tenho tanta dor nas costas que não consigo dormir à noite.</p>
<p>Nova prevenção de demandas aditivas</p>	<p>E: Mais alguma coisa? P: Há muito tempo não faço nenhum exame e estava um pouco mal do colesterol. Além disso, todo ano mandavam fazer um exame do coração. Não sei como será que está esse assunto. E: Algo mais?</p>
<p>Negociando o conteúdo da consulta: podem ser úteis fórmulas como “hoje é impossível abordar tudo”, “é melhor que esse outro assunto seja visto com mais tempo em outra ocasião”.</p>	<p>P: (fica pensativo). E: (não deixe que o paciente improvise outras demandas): Muito bem, então vamos colocar um pouco de ordem: faremos os exames da operação, que também servirão para o colesterol, examinaremos os ouvidos, o cabelo, a coluna e...</p>
<p>O entrevistador introduz objetivos próprios: não esqueça o aforismo: <i>os pacientes que mais pedem, pedem de tudo, menos o que é realmente importante para a sua saúde.</i></p>	<p>...Repassando seu histórico, vi que você sofre dos nervos há anos. Esse é um tema que deveríamos revisar a fundo, como também a questão do coração: Tudo bem se agendamos uma consulta para outro dia? Assim poderemos ver esses aspectos com o tempo que eles merecem. P: Sim, sim, claro. E: Ótimo, agora passe para a maca, por favor.</p>

(dispor do histórico, de tempo e privacidade). Chegar em cima da hora para realizar a consultas é um erro. Sempre há um paciente que precisa ser consultado “primeiro”, mesmo que não esteja na lista (e, às vezes, é *razoável* que seja assim).

Outras vezes, há exames para organizar, receitas para assinar, etc.

O domínio do ambiente é chave nas *visitas domiciliares*. Em tais ocasiões, o profissional deve assegurar o *máximo conforto*: abrir a janela para

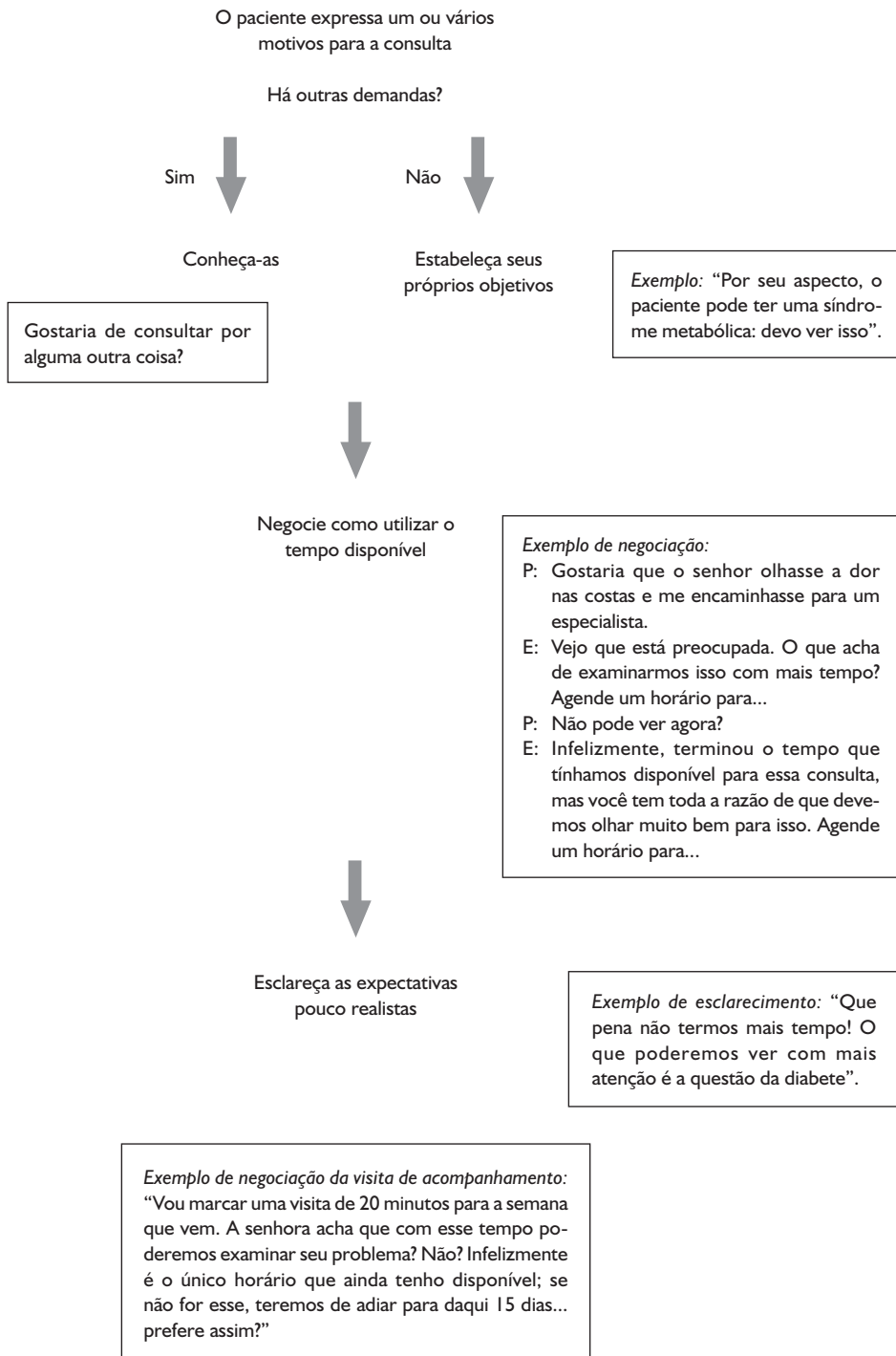


Figura 1.2 “Delimitar os motivos da consulta”.

examinar o paciente com luz natural, fazê-lo levantar da cama sempre que possa, deixar no quarto somente um familiar, entre outras medidas. Por exemplo: “Tenha a bondade de abrir bem a janela? Quanto mais luz houver, melhor poderei examinar a paciente... E a senhora, Dona Eugenia,

poderia pôr os sapatos e sentar na beirada da cama (ou nesta cadeira)? A senhora é a pessoa que cuida da paciente? Bom, então basta sua presença no quarto, o resto das pessoas pode, por gentileza, sair para preservar a intimidade da paciente? Muito obrigado”. Veja a Figura 1.3.

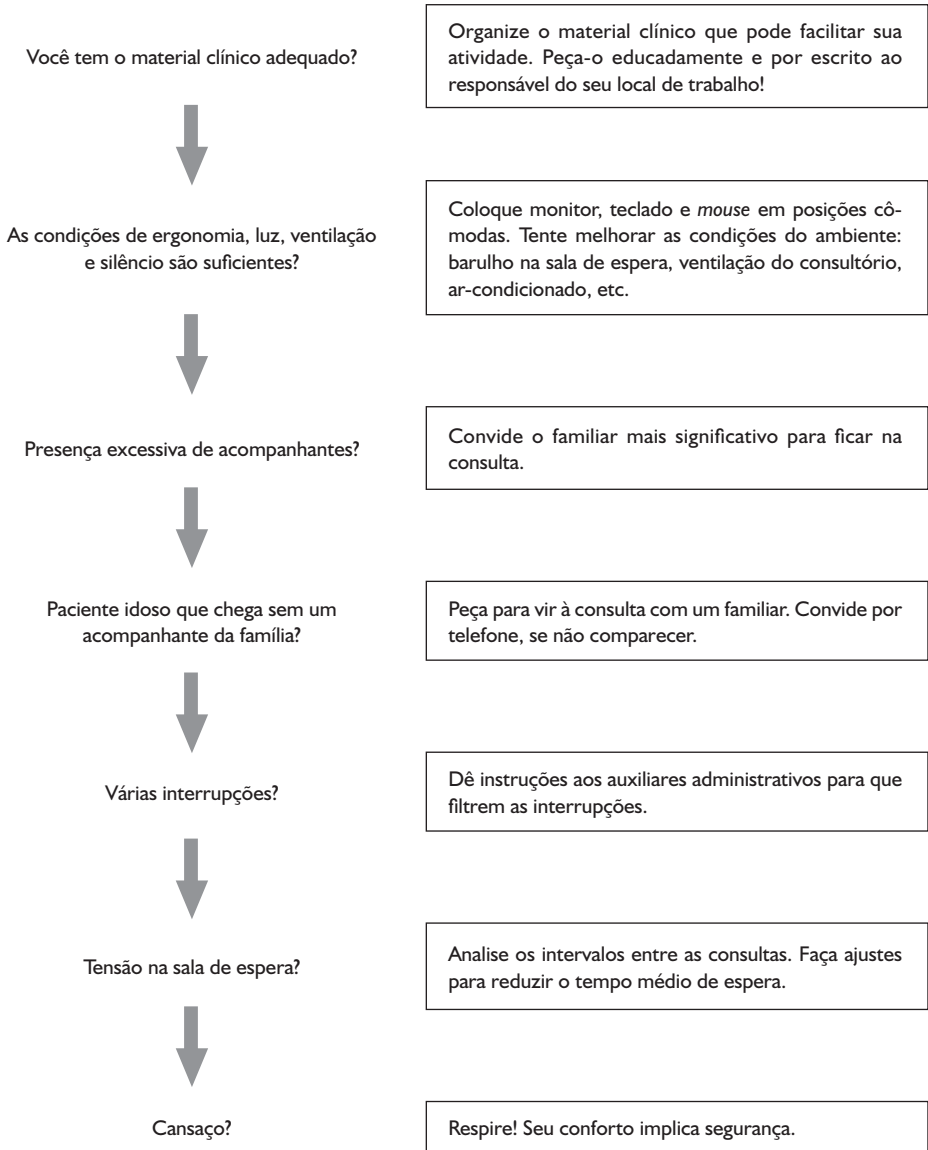


Figura 1.3 “Domine o ambiente clínico” antes de iniciar a entrevista.

Proporcione “controlabilidade” a seus pacientes

Os pacientes precisam poder verificar que estão incluídos na sua agenda no dia e na hora registrados em seu cartão de agendamento, saber se ocorrerá algum atraso na consulta, bem como ter previsão da hora em que serão atendidos.

O ideal é que o paciente passe pela recepção para que lhe confirmem a consulta e possam informá-lo sobre possíveis atrasos.

Evite discutir na porta do consultório

Se há confusão sobre o dia e a hora marcados, os esclarecimentos devem ser prestados pelo assistente administrativo responsável, que lhe esclarecerá as dúvidas que possam surgir. Caso se trate de uma consulta urgente, é melhor conduzir o paciente para dentro da sala, sempre com a porta fechada.

Nunca negue atenção a um paciente! Mas, sem dúvida, o paciente deve se adaptar à sua disponibilidade. Por exemplo, ocorreu um erro, e o paciente achou que tinha horário marcado para hoje: “É claro que vou atendê-lo, mas precisamos esperar que haja um intervalo... provavelmente por volta das... horas”.

Erros no início da entrevista

** Tratar pacientes idosos informalmente*

Somente faremos isso quando o paciente pedir.

** Não delimitar ou dar por óbvio o motivo da consulta*

- Como está?
- Como vão as coisas?
- Está aqui por causa da tosse, não é?

Todos esses são *maus começos*. Os dois primeiros podem ser corretos com a condição de que na sequência se esclareça: “E o que o trouxe aqui hoje?”. Não seria a primeira vez que, após meia hora falando da artrose, finalmente descobre que o paciente “vinha só pedir um atestado para frequentar a piscina”.

** Trato rude, impessoal, hostil ou culpabilizador*

- Outra vez por aqui?
- Não lhe disse que não viesse antes de emagrecer pelo menos 5 quilos?

Não esqueça a **Lei do eco**: *o que você não dá em sorrisos, receberá em desgosto*. O tratamento culpabilizador é um *estilo perigoso* que geralmente é aprendido na família. Consiste em “ganhar vantagem” sobre as outras pessoas manobrando a culpa de maneira apropriada. A origem de todo sentimento de culpa é: “Você deveria ter feito tal coisa e não fez”. Teoricamente, há um “dever” prévio, que em nosso caso seria: cumprir com a medicação, fazer o possível para recuperar a saúde, pedir alta. O que ocorre é que em uma sociedade adulta devemos respeitar sobretudo a autonomia do paciente. *Nosso dever de beneficiá-lo vem depois, em geral, do seu direito de ser autônomo*. Portanto, devemos mudar de estilo: *não mais culpabilizações*, exceto se essa culpa tem um efeito terapêutico conscientemente prejudicial, e se em troca disso vamos promover diálogos deste tipo:

Enfermeira: Não acredito que seja possível que melhore de sua bronquite crônica se não deixar de fumar.

Paciente: Eu não pretendo deixar de fumar, já disse isso mil vezes.

Enfermeira: Está em seu direito, mas os medicamentos têm um efeito necessariamente limitado. O senhor manda sobre sua saúde, nós temos de nos limitar a fazer isso. Se o senhor mudar de opinião, não deixe de vir, podemos ajudá-lo a deixar de fumar.

** Lembrar acontecimentos trágicos antes de estabelecer uma relação de confiança*

- Está mais recuperada do falecimento de seu esposo?
- Como está assimilando o diagnóstico de câncer de mama?

Essas perguntas podem ser apropriadas para uma fase posterior da entrevista, nunca para iniciá-la!

* *Curiosidade pouco apropriada*

- O que aconteceu no julgamento?
- O senhor é testemunha de Jeová?
- Continua bebendo?

Essas perguntas também podem ser apropriadas para outra fase da entrevista, evite-as no início.

Galeria de situações

Estudaremos:

- O paciente que se apresenta com agressividade latente.
- O paciente que chega com expectativa de curas milagrosas.
- Estabelecer uma relação com a criança-paciente.

O paciente que se apresenta com agressividade latente

“Estou muito braba com você”

Analise a seguinte entrevista. *Abreviaturas: E: entrevistador; P: paciente.*

P: Estou braba com o senhor. Estou muito mal das costas, e o que me dão para tomar não adianta nada.

E: Eu também estou braba com a senhora. Tenho aqui anotado que não tem tomado os medicamentos para a pressão nem para a diabetes.

P: Então vamos ver o que fazemos, porque estou péssima. Não adiantou os supositórios nem os comprimidos. Vamos ver se com as injeções, uma radiografia ou algo... qualquer coisa.

E: Não me estranha o seu estado. Enquanto não confiar no que digo, não vamos chegar a lugar algum.

P: Eu confio em tudo o que for preciso, mas pelo menos vamos ver se tira essa

dor que tenho aqui (mostra a cervical), porque tudo isso que me receita não serve para a dor.

E: Quem disse que não serve para a dor? Claro que serve para a dor! Quem lhe disse que não?

Comentários

1. Qual é o principal erro do profissional nessa cena?

Não escutar. O profissional fica na defensiva e é incapaz de escutar. Pensa que, se não responder de maneira imediata e categórica, o paciente vai “engoli-lo” e passar por cima dele. Responde à agressividade com agressividade.

2. Quais são as expectativas da paciente?

A paciente expressa o desejo de receber injeções ou fazer uma radiografia. No entanto, por meio desse pedido um tanto incoerente (por acaso suas dores melhorarão pelo fato de fazer uma radiografia?), é possível vislumbrar o sentimento de *ser levada em consideração*, de que se é confiável e se tome uma atitude. Às vezes, por trás de comentários do tipo: “faça alguma coisa comigo, opere-me, dê-me injeções, o que quer que seja, mas faça algo que me alivie este mal-estar”, existe uma certa *coisificação*: “entrego-me a você como objeto, para que me conserte”.

3. O que pretende o profissional com suas intervenções?

Sobretudo preservar sua autoridade.

4. O motivo da consulta está suficientemente delimitado?

Não, de fato o médico pode se deparar com muitas demandas aditivas no final da entrevista: “faça-me tal receita”, “examine também os meus ouvidos”, etc. Os pacientes com certa dose de irritabilidade ou hostilidade costumam fazer demandas aditivas como maneira de “castigar” um profissional que... “não confia em mim”.

5. Ocorre-lhe uma intervenção empática para melhorar o clima da entrevista?

Poderia ser, entre outras: “Vejo que está sofrendo” ou, ainda, “essas dores tão persistentes são difíceis de aguentar”.

Como o profissional deveria ter atuado?

1. Em vez de agir com agressividade defensiva, dar uma **resposta empática** às queixas do paciente, como: “Nossa, sinto muito!”.

2. **Delimitando o motivo da consulta**: “Foi isso que lhe trouxe à consulta ou há mais coisas que deseja consultar?”.

3. **Recondução por objetivos**: “Vamos ao mais importante: como podemos melhorar os seus sintomas?”.

Por exemplo:

P: Estou braba com você. Estou muito mal da coluna, e o que você me receitou não fez efeito.

E: (**resposta empática**): Nossa! Sinto muito... (**Esclarecer o motivo da consulta**) Foi esse o motivo da consulta de hoje?

P: Não, também venho porque estou muito nervosa e não durmo à noite.

E: (**fazendo prevenção de demandas adicionais**): Ah, entendo... mais alguma coisa?

P: O senhor acha pouco?

E: (fazendo um **resumo**): Se estou entendendo bem, você vem pela dor na coluna, por causa dos nervos e porque não consegue dormir...

P: É isso. Estou braba, viu?

E: (**recondução por objetivos**): Pois vamos ao mais importante, que é melhorá-la de

suas dores e dos nervos... desde quando você acha que está mais nervosa?

O paciente que chega com a expectativa de curas milagrosas

Observe a seguinte cena. Um paciente chega para uma primeira entrevista com a enfermeira.

Que enfermeira mais simpática!

P: Srta. Rosa, é um prazer tê-la como enfermeira, porque me falaram muito bem de você, e sabe que... estou cheia de dores por todos os cantos, e ninguém acerta. Consultei muitos médicos, mas nenhum acerta. Por isso entrei para o grupo de relaxamento.

Enfermeira (lendo o histórico): Nossa! Médicos muito bons viram você e fizeram muitos tratamentos. O mais provável é que o relaxamento não funcione muito bem com a senhora.

P: Ai! Não me diga isso! A vizinha do edifício, a senhora Florentina, sabe, está muito contente com o grupo de relaxamento e recomendou que eu pedisse ao meu médico para tratar com você. Ou seja, que aqui estou, completamente em suas mãos.

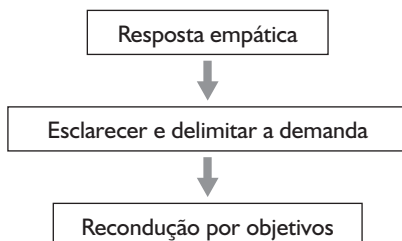
Enfermeira: Obrigada por confiar em mim, Sra. Matilde, mas cada caso é um caso e, pelo que estou vendo, o seu é complicado... Não tenho muitas esperanças...

Comentários

1. A profissional comete algum erro significativo nessa cena?

Não comete nenhum erro significativo, embora pudesse melhorar. Do nosso ponto de vista, a enfermeira faz bem em não admitir o papel de onipotência que a paciente quer lhe atribuir. Contudo, pode melhorar sua intervenção: sempre é melhor contrabalançar a onipotência que um paciente projeta na parte final da entrevista, de modo que no início o profissional se concentre em delimitar os sintomas e outros aspectos, sem prestar muita atenção aos elogios do paciente.

Lembre-se, observe a força desta combinação:



2. O profissional faz uma profecia dizendo que “as sessões de relaxamento talvez não funcionem”. É correto ou seria mais inteligente aproveitar as expectativas de cura? Afinal de contas, muitos charlatães tiram proveito do poder de autossugestão dos pacientes...

É possível que essa paciente seja muito suggestionável. No entanto, a pergunta é: quanto pode durar uma cura induzida pela autossugestão? Em geral, dura pouco. Além disso, o terapeuta deve alimentar esses elementos de sugestão de maneira periódica, com um desgaste pessoal relevante. Apelar ou deixar que se instalem elementos taumatúrgicos na relação assistencial sempre tem consequências: a decepção de uma expectativa de bem-estar que dificilmente pode ser cumprida a longo prazo.

3. Em que direção o profissional deve dirigir seus esforços?

A intervenção da enfermeira, reduzindo radicalmente as expectativas, é, sem dúvida, uma postura inteligente. Se as sessões de relaxamento não funcionarem, sempre poderá dizer: “Já imaginava que aconteceria isso”, o que desativa o componente reivindicativo de muitos pacientes que se queixam de dor crônica: “Você não é capaz de me curar! Eu tinha tantas esperanças em você!” Esse tipo de intervenção não é possível quando **desativamos as projeções de onipotência**: “Acredito que não faremos nada, mas vamos tentar, por via das dúvidas”. Inclusive pode acontecer que o paciente deseje se afirmar diante do terapeuta: “Você dizia que não ia adiantar, mas na verdade acho que estou melhorando”. Nesse caso, a resposta pode ser: “Fico contente de ter me enganado, e não há dúvida de que é porque você leva tudo muito a sério; parabéns”.

Como devemos agir nesse tipo de situação?

1. Não dê atenção excessiva ou desminta comentários que projetem fantasias de onipotência.

2. Já na fase resolutiva da entrevista, **desative as expectativas do paciente**: “Seu problema não tem uma solução fácil” ou ainda: “Estaria mentindo se digo que vou curá-la rapidamente;

infelizmente, não há tratamento milagroso, e as doenças que temos há anos também demoram tempo para serem curadas”.

3. Deixe todas as possibilidades abertas, por exemplo: “Neste momento penso que este é o tratamento adequado para você, mas nem sempre se acerta na primeira tentativa; de qualquer modo, temos outras possibilidades de tratamento, inclusive pode ser conveniente consultar outro profissional”. Ou com a **técnica de contrassugestão**: “Inclusive ficaria surpreso se um tratamento funcionasse na primeira tentativa”.

Vejam as sugestões aplicadas nessa ocasião a uma paciente com dores crônicas nas quais há um componente somatoforme e depressivo. Nesse caso, o procedimento da doutora para concluir uma primeira visita seria:

Dra.: (**desativando expectativas de cura milagrosa**): Sra. Matilde, após examinar com atenção seu caso, percebo que você tem um problema com muitos anos de evolução e já passou por muitos médicos, e médicos muito bons.

P: Sim, é verdade.

Dra.: Recebeu muitos tratamentos com pouca melhora...

P: Sim.

Dra.: (**técnica de contrassugestão**): Eu, com a melhor das intenções, vou recomendar um tratamento para a senhora, mas não espero nenhuma resposta milagrosa. O mais provável é que a senhora não note nenhum alívio nos próximos 20 ou 30 dias, só depois disso, pouco a pouco, é que irá melhorar.

P: (decepcionada): Puxa vida!

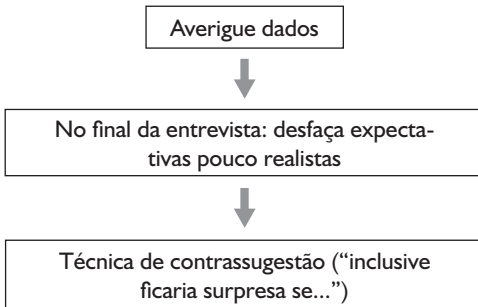
Dra.: Todas as doenças ou os problemas que temos há anos melhoram só tendo paciência e também com tempo.

P: E eu que vinha com tantas esperanças!

Dra.: Prefiro decepcionar a senhora agora e não em alguns meses. Vou ser muito honesta em minhas apreciações e espero que a senhora também dê valor a isso.

P: Nisso eu dou razão à senhora.

Lembre-se: o paciente acredita que somos onipotentes



Estabelecer uma relação com a criança-paciente

Vamos agora ao consultório do pediatra.

Está acontecendo alguma coisa com esta criança!

Mãe: Eu trouxe o Alex (8 anos) porque ele deve estar resfriado ou ter alguma coisa, pois está sem força nenhuma no corpo.

Pediatra (dirigindo-se à criança em tom agradável): Alex, você ficou resfriado?

A criança faz que sim com a cabeça e sorri um pouco tímido.

Mãe: Ele está desanimado e pensei "Isso não é normal", e minha sogra: "Leve ele ao pediatra, que tem uma onda de gripe muito forte"...

Pediatra (interrompendo): Colocou o termômetro nele?

Mãe: Tínhamos um desses automáticos, que se colocam no ouvido, mas acho que não funciona, porque marca sempre 36.

Pediatra: Você está com dor de garganta, Alex? A criança acena que não com a cabeça e olha para a mãe, rindo.

Pediatra: Venha para a maca. Quero olhar você um pouco melhor.

Comentários

1. O profissional comete algum erro nessa cena?

Nessa cena, parece que o pediatra aceita a versão de que Alex está resfriado. No entanto, a mãe, na verdade, consulta porque Alex "está sem força nenhuma no corpo", e o resfriado parece mais uma hipótese induzida pela avó. Dessa forma, realizará um exame físico com a ideia de confirmar uma infecção das vias aéreas, quando na verdade os dados da anamnese são pobres. Talvez encontre a garganta um pouco vermelha e aplique a **lei do um mais um**: "um dado de anamnese que aponta para X corroborado por um dado exploratório = com certeza está com X". Para sua surpresa, a entrevista pode dar a seguinte virada:

Pediatra: Pois de fato estou vendo a garganta um pouco vermelha. Agora há uma onda de um vírus que...

Mãe: Isso pode ser a causa para Alex estar tão cansado?

Pediatra: Bom, pode ser que sim, agora ele não está com febre, mas talvez...

Mãe (interrompendo): Não esqueça que ele está cansado há um mês e meio.

Pediatra: Um mês e meio? A senhora não tinha me dito isso...

Mãe: É o que estava tentando lhe dizer. Ele mudou de uns meses para cá. Tem sido uma criança nervosa, e até a professora já me chamou a atenção.

2. Como o pediatra poderia se opor ao estilo retórico da mãe?

Principalmente com uma boa delimitação da demanda, esclarecendo os adjetivos que a mãe utiliza para descrever o estado da criança e fazendo um mapa de queixas que, em uma segunda fase, irá comprovar com a própria criança. Isso permitiria fazer um exame físico mais orientado, nesse caso, para uma síndrome de fadiga.

3. O pediatra sabe se aproximar da criança?

Nesse momento da entrevista, ele se aproxima da criança de maneira amistosa, procurando confirmar, desmentir ou ampliar o que sua mãe diz. Contudo, o mais provável é que seu esforço

seja em vão, porque, enquanto a mãe estiver falando, a criança estará basicamente calada, *em um papel de complementaridade*.

Como devemos agir nesse tipo de situação?

Para fazer a criança falar é preciso proporcionar-lhe um espaço próprio, aproveitando, por exemplo, quando estiver afastada da mãe na maca de exames. É conveniente, nessa situação, iniciar o diálogo com aspectos relativos às suas atividades (lúdicas ou escolares), que nos levarão pouco a pouco em direção ao nosso objetivo. Por exemplo:

Pediatra: Como vai o violão? Porque eu sei que você toca violão, não é?

A criança encolhe os ombros.

Pediatra: Acho que você não gosta mais do violão.

Mãe: Ele gosta sim, doutor.

Pediatra: Não, ele não gosta, não é verdade que você não gosta? (com uma mão na cabeça do menino, o pediatra faz com que diga “não”). Viu? Não gosta.

Alex (rindo): Sim, sim, eu gosto!

Pediatra: Quais dias você tem aula de violão?

Alex: Nas quintas, quando saio da escola.

Pediatra: Em casa, pode praticar ou prefere ver televisão?

Alex (rindo): Televisão, eu gosto do Programa Operação Triunfo.

Depois de mais algumas perguntas vem à tona um transtorno do sono ligado a horários caóticos e permissivos.

Lembre-se:

- Aproveite a informação que os pais proporcionam.
- Comunique-se diretamente com a criança.
- Não confie nas primeiras hipóteses. Não inicie o exame físico antes de haver realizado uma anamnese mínima.

Conceitos avançados

Trabalhar com comodidade

A comodidade do profissional da saúde *deveria ser considerada um problema de saúde pública*. Sentir que estamos física e psiquicamente bem enquanto escutamos e analisamos os problemas de nossos pacientes tem uma repercussão direta sobre a comunicação e elaboração dos dados, sobre nossos acertos e erros.

Cada um de nós é o *principal responsável* por nossa própria comodidade. Temos aqui uma lista superficial de fatores que devem ser controlados:

Intervalos de consulta dos pacientes

Conselho: procure elaborar uma agenda que estabeleça um equilíbrio razoável entre o tempo de espera dos pacientes e sua carga de trabalho.

Conceito de Agenda Inteligente: é aquela que de maneira semiautomática determina um tempo realista para o paciente em função de seu perfil. Os pacientes jovens, com pouca demanda, podem ocupar sete minutos, ao passo que, para os idosos, com mais de 75 anos, o tempo dificilmente será inferior a 15 minutos. Se o seu programa do computador não dispõe de “agenda inteligente”, você pode se aproximar do conceito por meio de instruções dadas aos auxiliares administrativos: “Acima de tal idade, imigrantes e primeiras consultas serão sempre 15 minutos”, etc. Recomendamos o sistema de **Agenda Sanfona:** três ou quatro consultas em intervalos de cinco minutos, seguidas de um tempo livre para recuperação de 10 a 15 minutos. Dessa maneira, você não estará inativo caso falte um paciente e poderá prolongar qualquer uma das consultas anteriores (Borrell F., 2001; Casajuana J., 2000; Ruiz Téllez A., 2001).

Grau de burocracia que se deve assumir dentro do consultório

Conselho: procure que os atestados médicos e as receitas de medicação crônica tenham um espaço totalmente separado das consultas e sejam gerenciados, em seu aspecto burocrático, por um auxiliar de clínica ou administrativo (Casajuana J., 2003).

Ordem na mesa: folhas, receitas, etc.

Conselho: esteja munido de um sistema de bandejas ou de classificadores. Quanto menos objetos tiver sobre a mesa, melhor. Se usamos computador, que esteja sempre do lado, e que nada se interponha entre você e o paciente.

Interrupções: ligações telefônicas, colaboradores, pacientes...

Conselho: treine um auxiliar administrativo para anotar as ligações e deixar passar apenas as que são urgentes ou de determinadas pessoas. As consultas de pacientes podem ser anotadas na Lista de visitas como “Consulta telefônica”. Nesse caso, o próprio profissional liga para o paciente em um horário apropriado.

No entanto, a comodidade também deve ser almejada no mesmo ato clínico. A seguir, listamos várias normas:

- Procure seu *bem-estar físico*. Cadeira giratória, telefone sem fio, computador conectado à internet, tenha na geladeira alguns sucos e refrigerantes, etc.
- Procure diminuir a sensação de fome e, de qualquer modo, evite as típicas hipoglicemias de meia manhã (fruto, quase sempre, de um café da manhã excessivamente leve).
- Ventile e climatize o ambiente de maneira adequada.
- Analise o ambiente do seu consultório e proponha todas as mudanças que achar necessárias: ar-condicionado, luz, decoração, etc.
- Tenha todo o material clínico necessário. Peça sem culpas! Não espere que o responsável pela sua equipe ou serviço *interprete* suas necessidades: ele deve estar bastante ocupado. Se não o atenderem, faça o pedido por escrito.
- No consultório, devem estar as pessoas adequadas para o sucesso do ato clínico. Com tato, mas de maneira decidida, peça aos acompanhantes desnecessários para esperarem do lado de fora do consultório. Também, da mesma forma, convide para participar outras pessoas que não estejam presentes.

- Não pense que tem a obrigação de dedicar um tempo indefinido a cada paciente. Seu dever é com todos os seus pacientes, o que significa precisar advertir de vez em quando: “Sinto muito, agora é impossível dedicar mais tempo ao senhor. O que acha de comentarmos este assunto quando...?”.

Hábitos básicos de entrevista

Leitura de dados prévios, cumprimento cordial e delimitação dos motivos da consulta.

Com essas ideias básicas já estamos em condições de estudar a estrutura profunda de uma entrevista.

O modelo emotivo-racional. Conceitos fundamentais

A primeira afirmação deste modelo é que a entrevista se divide em duas fases: exploratória e resolutive. A *fase exploratória* da entrevista agrupa todas as condutas do clínico para chegar a formar uma ideia do estado do paciente (problemas, estado de saúde, diagnósticos), assim como também das estratégias para ajudá-lo. Quando acaba a parte exploratória e começa a resolutive? No momento em que o entrevistador emite um diagnóstico, propõe um plano ou dá um conselho. Nesse momento, entra-se na *fase resolutive*. Vamos examinar o que ocorre na parte exploratória.

A parte exploratória começa com uma *situação estimulante*. Entra um paciente no consultório com um amplo sorriso ou reclamando e com sinais de intensa ansiedade ou encontramos ele desmaiado na rua; todas essas são situações estimulantes diferentes. Cada situação estimulante leva a um enquadramento da entrevista. O *enquadramento, ou intencionalidade, da entrevista* (utilizamos ambos os termos como sinônimos) consiste em responder à seguinte pergunta: “o que se espera de mim”. A resposta que damos, por exemplo, “quer que eu lhe dê algo para o resfriado”, “quer um plano para deixar de fumar”, etc., é a *intencionalidade* ou o *enquadramento* da entrevista.

Alguns estudos destacam que nos primeiros minutos da entrevista o profissional imagina toda a sucessão de fatos que ocorrerão, incluindo o possível medicamento que irá receber. Acontece algo parecido com o seguinte:

Paciente (jovem, bom estado geral): Não pode imaginar a tosse que tenho, não estou com febre, mas com esta tosse não consigo trabalhar, cof, cof!

Médico (pensa durante frações de segundo: “Parece uma tosse irritativa do tipo viral, o xarope TTT vai fazer bem; deve ter vindo principalmente para o atestado e para o alívio dos sintomas; vou fazer uma anamnese e auscultação breve. Se não houver dados surpreendentes receito TTT em xarope”): Desde quando está com tosse? Teve febre? Está expectorando?... Passe para a maca, por favor.

Sob o termo “*condutas exploratórias*” entendemos todas aquelas perguntas ou manobras de exame físico que se encaminham para confirmar ou desmentir uma hipótese que se forma em nossa cabeça. Por exemplo: “Se este paciente tem sinusite, eu deveria encontrar descarga nasal, dor na região e pontos sinusais positivos”, diz o clínico para si mesmo. Está aplicando uma regra de decisão (ou heurística) do tipo: “Se encontro esses dados, encerrarei a entrevista recomendando ao paciente tomar tal e tal medicação”.

Também pode ser que novos dados da realidade desmintam as hipóteses precoces que havíamos levantado. Nesse caso, é necessário reenquadrar a entrevista:

Profissional (pensa para si): Não há nenhum dado exploratório que confirme que o paciente sofre de um resfriado. Vou receitar paracetamol e estar atento para ver se no final da visita admite algum outro motivo que realmente a justifique.

O que é, portanto, um reenquadramento da entrevista? Ocorre quando percebemos que estávamos indo por um mau caminho: o paciente

quer outra coisa, diferente daquilo que dizia ou do que interpretávamos que ele queria, ou seu problema é de outra natureza, diversa daquela que inicialmente supúnhamos. Por exemplo, uma criança de 12 anos que se queixa de dores abdominais agudas, identificadas inicialmente como gastroenterite. Contudo, o padrão da enfermidade, que dura uns 10 minutos “assustadores” acompanhados de calor no peito e no rosto, e seu caráter episódico (p. ex., antes de sair para o colégio) indicam que pode se tratar de crises de pânico expressadas de maneira atípica. Nesse momento, “reenquadramos” a entrevista.

Qual é a diferença entre um reenquadramento de tipo 1 e um de tipo 2 (Figura 1.4)? O de tipo 1 ocorre quando reconsideramos as hipóteses precoces. O de tipo 2 obriga a reconsiderarmos o enquadramento geral da entrevista e envolve um novo planejamento do tempo que será destinado ao caso.

Para sermos um pouco mais claros:

- Reenquadramento tipo 1: “Não, você não está com um simples resfriado, na verdade está com uma sinusite”. – Reenquadramento tipo 2: “Este paciente acreditava que vinha por um resfriado, mas na verdade veio para falar de seu problema conjugal; se eu entrar nesse assunto irei me estender pelo menos meia hora”.
- Reenquadramento tipo 1: “Este paciente de 80 anos, com demência e agitado, não deixa a família dormir, e talvez eu deva, sim, considerar um aumento da medicação ansiolítica à noite”. – Reenquadramento tipo 2: “Se a origem do problema não está no fato de o paciente não descansar à noite? Talvez o problema esteja no fato de não haver um acompanhante permanente que o conheça; devo interrogar os familiares”.

O principal obstáculo para um reenquadramento tipo 1 é desmentir hipóteses diagnósticas que dávamos quase como certas. A dificuldade para o reenquadramento tipo 2 é ainda maior: o que tentávamos resolver não era o que o paciente queria ou o que nós havíamos interpretado ou o

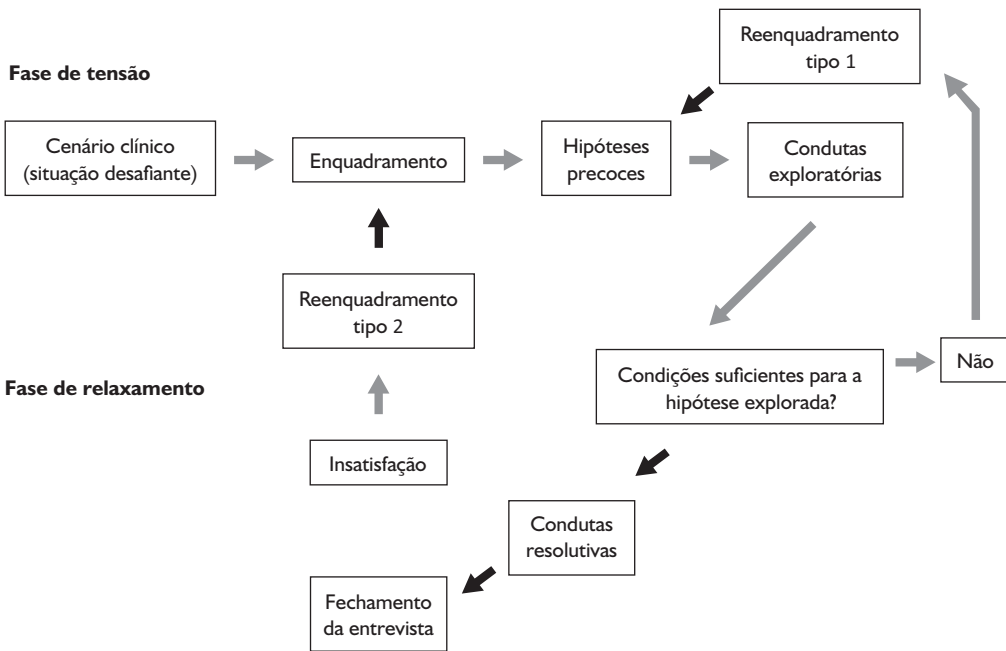


Figura 1.4 Modelo emotivo-racional do ato clínico.

O profissional procura a intencionalidade da entrevista (enquadramento) e aplica condutas de orientação e verificação. Os dados obtidos podem ser suficientes para confirmar algumas das hipóteses precoces (condição de suficiência), momento em que continua resolvendo a entrevista. Caso contrário, é obrigado a reenquadrar as hipóteses precoces (reenquadramento tipo 1). A insatisfação própria ou do paciente ou a percepção de que não estamos dando a ele o que precisa ou veio buscar leva-nos a considerar que é outro o enquadramento geral da entrevista (reenquadramento tipo 2), o que sempre envolve um novo planejamento do tempo.

que era correto para a situação clínica. É muito difícil fazermos esse novo reenquadramento, porque já havíamos decidido “o que havia com o paciente ou o que ele solicitava” e tínhamos feito uma previsão de tempo (“agora vou encerrar a entrevista”). O reenquadramento tipo 2 sempre supõe uma realocação de tempo e, portanto, exige reelaborar o encontro; descobrimos que na verdade o paciente “queria outra coisa”. Por exemplo, no caso de um paciente que chega devido a enjoos e somente pouco antes do final da entrevista deixa transparecer um conflito no ambiente de trabalho, o profissional pode pensar mais ou menos o seguinte: “Puxa, agora o enjoo não é por anemia nem por uma causa otológica, mas por *bullying*... mas agora não tenho mais tempo para abordar isso!”.

Cordial ou empático? A importância de acolher o paciente

A maneira de acolher o paciente, mesmo que seja a trigésima segunda vez que o consultamos, tem sempre grande importância. Chamamos de *qualidades de superfície* do entrevistador o afeto (tom emocional agradável), o *respeito* (tem todo o direito de ser ou de opinar como faz) e a *cordialidade* (modo em que damos a entender que a pessoa é bem-vinda e que é bom estar falando com ela), entre outras. *Qualidades profundas* seriam a *empatia* (saber se colocar no lugar do outro), a *contenção emocional* (saber escutar sem sentir que somos obrigados a “ter soluções para tudo”) e a *assertividade* (saber em cada momento qual caminho devemos seguir), entre outras. O tom de voz (paralinguagem) tem

grande importância na hora de transmitir essas qualidades. Mas há **barreiras de comunicação** para que isso aconteça: tudo aquilo que nos torna diferentes do paciente atuará como uma barreira (nível cultural, idade, sexo, aspecto, etc.), algumas situações clínicas (máxima urgência, surdez ou outras dificuldades de expressão ou de compreensão, etc.)e, de maneira muito frequente, o próprio fato de precisar chegar a um diagnóstico. Vejamos esse último aspecto com mais detalhes.

O modelo emotivo-racional indica que a **fase exploratória** acumula boa parte da tensão emocional. Não sabemos o que devemos fazer nem o que está havendo com o paciente. Justamente nesse momento se espera que sejamos cordiais, quando estamos concentrados ao máximo!

Para atenuar, na medida do possível, esse paradoxo, recomendamos o uso de **marcadores de cordialidade**, que basicamente são: um sorriso ao recepcionar o paciente, dar a mão para ele, chamá-lo pelo nome, olhar para ele com atenção, etc. Transformar esses gestos em um hábito é o desafio. Também **dar controle** ao paciente. Um paciente internado na UTI descrevia como “os piores momentos” aqueles em que manipulavam seu corpo sem que ele soubesse o que pretendiam com isso (mesmo que fosse para lavá-lo).

Não se deixe influenciar pelas discussões na sala de espera e procure não intrometer-se nelas. Observará que, mesmo que um paciente se zangue devido à espera, uma vez que entra no consultório fica calmo (agora já conseguiu a consulta e seu interesse está assegurado, assim como o seu, na medida em que você renda ao máximo solucionando o problema). Por essa razão, não justifique o sistema de marcação de consultas nem discuta a ordenação dos pacientes. Essa tarefa corresponde aos auxiliares administrativos do centro médico.

Mas, voltando ao assunto principal: *é mais importante ser empático do que cordial?* Traduzindo para um idioma claro: é preferível um entrevistador que sintoniza com as *emoções profundas* de seus pacientes, quando elas afloram, em vez de um entrevistador que é pródigo em abraços e saudações, mas que se esquiva das manifestações

de tristeza, sofrimento ou dor? Em geral, poderíamos dizer que sim, porque a falta de empatia leva a que o paciente se sinta menosprezado. No entanto, cabe destacar que se não houver uma mínima cordialidade (e paciência) tampouco serão criadas **oportunidades para a empatia**. Para que o paciente revele suas emoções mais profundas devemos dar a ele doses prévias de cordialidade, algo como: “Sinta-se em casa”, “O que você disser será bem recebido e tratado com o máximo respeito”.

Para finalizar, não esqueça que, se você é forçado a reenquadrar a entrevista, o esforço emocional de fazê-lo o tornará menos cordial e empático. Outro desafio a superar!

O estresse

Você reconhece quando está estressado? Se sua resposta for positiva, deve ler esta seção.

Comecemos com uma afirmação chocante: às vezes *o estresse é o álibi perfeito para justificar nossa falta de ambição profissional*. Toda vez que estamos estressados... não podemos fazer as coisas melhor! Já damos “tudo o que podíamos e ainda mais”...

Cabe perguntar de maneira franca e honesta: de onde vem esse estresse? Até que ponto eu mesmo *produzi* esse estresse? Eis algumas **fórmulas contra o estresse**:

- Estresse originado no mau planejamento de atividades

Nesse caso, há uma pressão excessiva do meio: pacientes agendados a cada cinco minutos, interrupções, urgências que se somam aos pacientes que esperam sua vez... A solução está em programar intervalos realistas entre as consultas e ter uma carga de trabalho adequada, conforme foi citado.

- Estresse originado na falta de controle emocional

Os impactos emocionais negativos criam no profissional uma sensação de atordoamento que o leva a praticar um *estilo de pensamento superficial*. Entra em seu consultório atemorizado e vai fazendo seu trabalho com pressa e sem se aprofundar

nos diferentes quadros clínicos. “Estou estressado, estou estressado” repete para si. Claro, está cada vez mais estressado. O caso é que *não se permite refletir* sobre a realidade. Aqui reside a questão do problema: *contra o estresse, reflexão concreta sobre a situação clínica concreta. Concentrar-se em cada instante* (e ter prazer no que fazemos).

– Estresse originado na lentidão da tomada de decisões

Para alguns entrevistadores, cada decisão é um ato reflexivo e complexo. Nesses casos, se o profissional não tem automatizada uma série de rotinas básicas que o aliviam de pensar todos e cada um dos passos que dá, o cansaço será enorme, e no final não poderá evitar distrações. Seu objetivo prioritário deve ser, portanto, *automatizar decisões diante de contextos clínicos bem definidos*. Por exemplo: “Em todo paciente com tosse não explicada superior a um mês devo fazer radiografia de tórax”. Chamamos isso de construir nossa própria “biblioteca de situações”.

Contudo, insistimos na ideia inicial: o estresse pode (e costuma) ser um *hábito emocional*. Quando isso ocorre, torna-se impossível *ter prazer com o trabalho*, sorrir continuamente e fazer brincadeiras com o paciente. Há somente um “devo fazer isso”, “devo acabar antes de tal hora”, “estão me cobrando um maior rendimento”, etc. Quando isso ocorre, não há capacidade para respostas genuínas, somente para as planejadas e que se adaptam ao nosso papel. Na verdade, não estamos plenamente na situação, nela está somente a nossa parte que “deve resolver”, e deixamos pelo caminho nosso senso de humor, a curiosidade, a capacidade de nos surpreender e, inclusive, de aprender com o paciente... Um bom exercício diário, antes e durante a consulta, é perguntar a nós mesmos: o que posso fazer para desfrutar desse momento? O que me deixa estressado? O que me irrita?

Prevenir demandas aditivas

Justamente um aspecto que leva ao estresse por irritação são as denominadas “demandas

aditivas” no final da entrevista, o típico “Já que estou aqui, por que não examina também minha coluna?”. Essas demandas alteram as melhores previsões de tempo e obrigam a reenquadramentos tipo 2, precisamente aqueles que dizíamos que exigem maior esforço emocional. Eis o que, mais ou menos, pensa o entrevistador nesses casos:

– Que situação! Se digo para o paciente que não há mais tempo, posso estragar o bom clima que consegui com ele, mas se reabro a entrevista vou deixar esperando os demais pacientes.

Por essa razão, recomendamos uma *boa delimitação do motivo de consulta* e, quando suspeitamos de que se trata de um paciente com “múltiplas demandas”, insistir no típico... “mais alguma coisa?”. Ainda assim, vamos encontrar pacientes que no final irão insistir no... “já que estou aqui...”. Nesses casos:

- a) Não recrimine. Não vale a pena, não conseguirá mudar essa realidade assistencial. Além disso, coloca em risco a sua relação com o paciente.
- b) Decida rapidamente se vai atender ou postergar a demanda. Se decide reabrir a entrevista, faça-o sem preguiça: economizará um pouco de tempo. Se decidir postergar, use a fórmula: “Isso que está explicando requer uma consulta completa. O senhor não merece menos. Mas agora não posso oferecer isso. O que acha de marcar uma consulta para daqui a uma semana para vermos esse assunto em detalhe?”.

É importante distinguir, quando um paciente acrescenta um motivo de consulta no final da entrevista, se é por vergonha ou porque “vai às compras” e acrescenta coisas para “economizar” seu investimento de tempo.

Conhecer as emoções negativas

O estresse é um tipo de emoção negativa, mas há mais do que isso, sem dúvida.

Em primeiro lugar, quando iniciamos o dia de consulta estamos submersos em um determinado estado emocional. Se nesse momento-chave do dia pensamos:

- Estou cansado e estressado. Tenho de acabar as consultas de algum jeito e ir logo para a casa.

Nesse caso, teremos nos rendido a um estado emocional negativo e claramente perigoso. O fato de trabalhar mal estando cientes de estarmos rendendo abaixo de nossas possibilidades *diminui nossa autoestima e desencadeia um círculo vicioso*, como o que é ilustrado na Figura 1.5.

As emoções negativas que recebemos dos pacientes também podem nos levar ao desânimo e a uma baixa autoestima. Há um *efeito de generalização emocional* que nos faz atribuir as más vibrações que transmite um paciente concreto ao conjunto dos pacientes. Talvez as primeiras consultas tenham funcionado bem, mas a terceira e a quarta sejam desagradáveis (alguém que reclama sem razão, outro que nos culpa, etc.). Pensamos: “O que foi que eu fiz hoje para que me tratem assim?” É um pensamento irracional, mas existe. É possível que respondamos, no cúmulo do pensamento mágico e irracional: “Pois a partir de agora não serei tão simpático com ‘eles’, eles vão ver quem sou eu”. Desse modo, podemos distinguir dois tipos de entrevistadores:

- Aqueles que se deixam levar pelas emoções dos pacientes e praticam o “olho por olho”: respondem à hostilidade com hostilidade, às demonstrações de desafeto com desafeto, etc. É o que denominamos *estilo emocional reativo*, pois reage de maneira similar ao estímulo que recebe.
- Há outros que marcam o tom emocional da consulta, sem se deixar levar pelas emoções negativas que recebem. A isso chamamos *estilo proativo*.

Exemplo: certo tom de bom humor, procurando a cumplicidade do paciente: “veja como está melhor, até consegue rir um pouco”. Ou com um paciente hostil: “vamos ver como podemos ajudá-lo”, enquanto sorrimos com cordialidade.

O entrevistador proativo não apenas cresce em prestígio diante de sua população, mas também sabe preservar sua autoestima, aspecto mais importante do que saber uma determinada técnica de comunicação.

A importância de uma boa relação assistencial

A partir de meados de 1980, insiste-se na necessidade de que o profissional da saúde adote uma postura focada na vivência da doença e nos interesses do paciente. Essa orientação é denominada “modelo centrado no paciente” (ver Quadro 1.4).

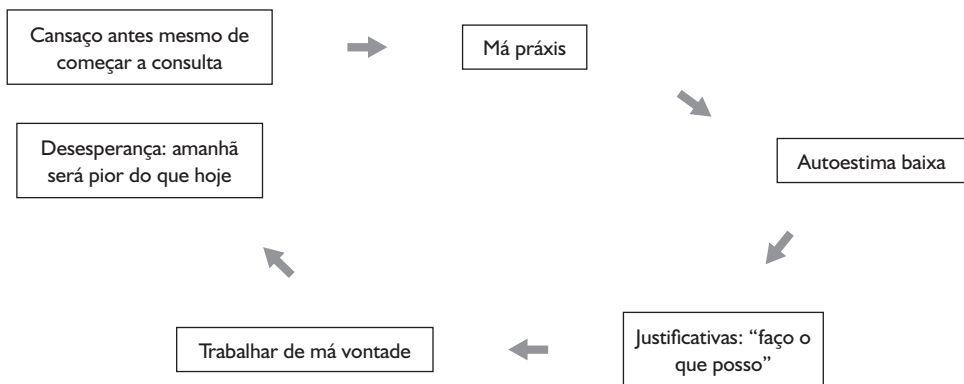


Figura 1.5 O círculo da desesperança aprendida.

Quadro 1.4**Modelo centrado no paciente. Definição**

É uma relação na qual o entrevistador ou profissional da saúde promove uma relação de cooperação em que ambos os protagonistas encontram um terreno em comum para abordar a natureza das preocupações do paciente, decisões a serem tomadas, ideias do paciente sobre o que ocorre ou deveria ser feito e decisões relativas ao que se deve fazer, levando em consideração suas expectativas e experiência pessoal e cultural de doença como membro de uma comunidade.

Fonte: Lewin SS, 2001; Tizón J, 1989.

Alguns dados empíricos apoiam esse enfoque. Ao que tudo indica, os entrevistadores que trabalham mais os interesses e as expectativas dos pacientes conseguem que eles fiquem mais satisfeitos (Steward M, 1999). Também há outros trabalhos que insistem nos benefícios de esclarecer as demandas dos pacientes (Holman H, 2000). Em geral, quando entrevistador e paciente alcançam um acordo sobre o significado dos sintomas e sobre o tratamento, obtêm também mais satisfação e melhoram os resultados de tipo funcional (mobilidade, atividade) e biomédico (Bass MJ, 1986; Henbest RJ, 1999; Starfield B., 1981). Os entrevistadores com um estilo mais participativo nas decisões têm pacientes mais satisfeitos, seus pacientes mudam menos de profissional (Kaplan SH, 1995). Em apoio ao estilo proativo que vimos, é preciso assinalar que um médico “otimista” pode obter até 25% a mais de satisfação do que um que seja pessimista para a mesma condição médica e prescrevendo o mesmo tratamento (Moerman DE, 2002). Em um estudo com fisioterapeutas, a comunicação não verbal (os sorrisos e, de maneira mais geral, a expressão facial das emoções) foi relacionada com melhores resultados em saúde após três meses de observação (Ambady N, 2002). Essa função terapêutica da relação já era conhecida por Balint (Balint M, 1961). Em suma, um estilo participativo

por parte do profissional está relacionado com um melhor controle de patologias crônicas (Greenfield S, 1988; 1985), mas não há acordo sobre se esse controle gera melhores resultados em indicadores de saúde (Mead N, 2002).

Os pesquisadores mais céticos têm dúvidas sobre a conveniência e o grau em que é possível desenvolver, na consulta, um estilo “focado no paciente” (ver a Tabela 1.2) e fazer aflorar todas as suas preocupações e dúvidas. Assim, por exemplo:

- Torío (Torío J, 1997; a, b, c) defende que esse estilo não é o que preferem os pacientes da Andaluzia.
- Bartz (Bartz R, 1999) alerta sobre médicos que acreditam estar “orientados para o paciente” e na verdade não o estão em absoluto.
- Marvel (Marvel MK, 1999) diz que os médicos redirecionam o rumo da discussão antes de que o paciente possa expressar todas as suas preocupações.
- Braddock (Braddock CH, 1997) acha que em apenas 9% das visitas há um processo informado de tomada de decisões. Uma análise hermenêutica durante o processo de tomada de decisões mostra o uso sutil, mas contundente, que o profissional faz da linguagem, seja introduzindo nova terminologia ou dominando o tema em debate (Gwyn R, 1999). Não há diálogos em igualdade de poder.

Como os pacientes nos veem?

Jovells A (2002, 2003) realizou um estudo qualitativo (seis grupos de oito ou nove pessoas de diferentes localizações da Espanha) que lança o seguinte quadro:

- Os pacientes se queixam, basicamente, de um tempo de espera longo.
- Têm uma boa percepção do médico de família quando há continuidade assistencial. No entanto, percebe-se pouco interesse quando se trata de um médico que atende de maneira pontual.

Tabela 1.2 Relação centrada no paciente: características operacionais

- Permite que os pacientes expressem suas preocupações mais importantes.
- Busca o objetivo de os pacientes verbalizarem perguntas concretas.
- Favorece que os pacientes expliquem suas crenças/expectativas sobre suas doenças.
- Facilita a expressão emocional dos pacientes.
- Proporciona informação aos pacientes.
- Envolve os pacientes na confecção de um plano de abordagem e tratamento.

(De Putnam SM, 1995.)

- Têm uma percepção de alta competência profissional.
- As mulheres são mais ativas na busca por informação.
- Há demanda de informação, mas muito ajustada à doença específica que se padece. Em alguns casos, há ambivalência diante de “saber ou não saber” a verdade.
- Considera-se que os médicos são a fonte mais confiável de informação, seguidos dos farmacêuticos. Os profissionais de enfermagem são vistos como bons profissionais, que oferecem apoio e cuidados.

Entre outros testemunhos, queremos destacar:

- A primeira coisa que se espera do médico é que olhe, escute e que, uma vez que explica os sintomas, dê respostas satisfatórias, prescreva um tratamento e recomende exames periódicos.
- Quando dão informação, ela deve ser compreensível, porque às vezes começam a falar, e falar e falar... e você pensa: este cara deve achar que eu estava sentado na carteira ao lado quando ele estudava medicina!

Em relação à enfermagem, dispomos de um estudo de De Haro-Fernández (2002), que, em síntese, afirma que em um ambiente hospitalar apenas 43% dos pacientes eram capazes de distinguir o profissional de enfermagem dos demais profissionais. Seu trabalho, contudo, era bem avaliado nos aspectos de tratamento e comunicação, mas se percebia que tinham pressa (37,5 %) e eram feitos comentários inapropriados continuamente (13%), com um déficit na informação prévia à alta hospitalar (somente 48% dos entrevistados a consideravam clara, útil e suficiente).

Portanto, eis alguns desafios para o século XXI:

1. Devemos criar um ambiente “amigável” no qual se desenvolva a relação assistencial, com suficiente tempo e meios. Dispor de uns 10 minutos, em média, por paciente parece ser o mínimo razoável, sendo inclusive modesto.

2. O desafio não é o sempre tão criticado “paternalismo” do profissional, mas *uma relação fria e técnica, carente de empatia e presidida pela pressa.*

3. A organização e forma de pagamento *deve incentivar o tratamento personalizado* e premiar os profissionais que atendem pacientes difíceis, imigrantes ou com necessidades especiais.

4. Tem sido pouco estudado o *impacto da vida das equipes* no perfil individual de cada médico ou enfermeira, mas em nosso critério é muito relevante. *Cada equipe cria um Ethos, valores a partir dos quais vê e olha o paciente e, se esses valores estão desajustados, dão à relação assistencial um componente defensivo, irritável ou autoritário, pouco de acordo com o que os cidadãos esperam de nós (que alguns autores chamam *contratransferência grupal* (Bofill P, 1999; Tizón J, 1992).*

Resumo

Antes de começar o dia de trabalho

- Atingir um bom nível de concentração
- Visualizar os pacientes de maneira positiva

- Ginástica emocional: sorrir e cumprimentar com cordialidade
- Controle da paralinguagem

Dominar o ambiente físico e emocional da entrevista

- Não há dias ruins se minha disposição for boa
- Agendas inteligentes

Estabelecer uma relação terapêutica

- Saudação cordial:
 - Dar a mão.
 - Tratar de senhor as pessoas idosas.
 - Mencionar o nome do paciente, olhar nos olhos e sorrir de vez em quando.
- Apresentar-nos e apresentar nossos colaboradores/estudantes:
 - “Sou..... e apresento meu colaborador ao Sr. estudante de.....”
- Criar um clima empático:
 - Atenção preferencial (contato visual-facial) no primeiro minuto.
 - “Vejo que você trabalha/vive/nasceu...”
 - Acomodar o acompanhante: eliminar a interferência, técnica da ponte, pacto de intervenção, criar um novo ambiente.
- Averiguar as fontes de dados já elaborados de que podemos dispor, assim como o motivo da presente consulta:
 - “Você possui algum tipo de relatório de alguma hospitalização ou do seu centro de saúde/médico de família anterior?”
- Abrir uma história clínica, se for o caso:
 - “Se estiver bem para o senhor, vamos iniciar uma história clínica: você sofreu de alguma doença...?, etc.”
- Estudo da demanda e prevenção de outras demandas.

Algumas situações e como enfrentá-las

- Um paciente se apresenta com uma agressividade latente:
 - “Sinto muito que os comprimidos não tenham lhe feito bem”

“Vamos ao mais importante: ver como podemos ajudá-lo”

- Um paciente com expectativas de onipotência:
 - “Lamento, mas sou apenas um profissional, não um sacerdote”
 - “Vou tentar fazer meu trabalho da melhor maneira possível, mas não espere milagres”
 - “Há muitos anos o senhor sofre desses problemas, portanto a melhora também vai demorar em aparecer”
 - “Ficaria surpreso se esse tratamento funcionasse na primeira tentativa...”
- Um paciente que se expressa de maneira retórica ou pouco concreta:
 - “Poderia me explicar o que você entende por...?”
 - “De todos esses motivos de consulta, qual é o que trouxe o senhor aqui hoje?”
 - “Poderia me dizer como está sem utilizar a palavra “enjoo”?”
- O paciente criança:
 - Aproxime-se com naturalidade (não o trate “como criança”).
 - Apresente atividades de seu interesse.
 - Comunique-se diretamente com a criança, mas leve em consideração a informação dos pais.

O modelo emotivo-racional

- Fase de tensão: situação estimulante, enquadramento (intencionalidade) da entrevista, condutas de exploração, condições de suficiência para resolver a entrevista.
- Fase de relaxamento: condutas resolutivas, fechamento da entrevista.
- Reenquadramento tipo 1: “Os dados que encontro não se ajustam às minhas primeiras hipóteses”.
- Reenquadramento tipo 2: “A resolução da entrevista que proponho ao paciente não me satisfaz, não satisfaz o paciente ou não resolve o mal-estar do paciente”.

Referências

Abadi N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging* 2002; 17(3): 443-452.

Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Ed. Libros Básicos, 1961.

Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. *New approaches to Doctor-patient interactions*. *J Fam Prac* 1999; 48(8): 601-607.

- Bass MJ, Buck C, Turner L. The physician's actions and the outcome of illness. *J Fam Prac* 1986;23: 43-47.
- Bofill P, Folch-Mateu P. Problemes clíniques et techniques du contre-transfert. *Rev Fran Psychanal* 1999; 27: 31-130.
- Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Aten Primaria* 2001; 27(5): 343-345.
- Braddock CH, Fihn SD, Levinson W, Jonsen AR, Pearlman RA. How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med* 1997; 12(6): 339-345.
- Casajuana J. La gestión de la consulta. In: *Curso a distancia Gestión del día a día en el EAP. Módulo 1: págs. 61-76.* Barcelona: semFYC, 2002.
- Casajuana J, Bellón JA. La gestión de la consulta en atención primaria. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria (5ª edición)* Madrid: Ed. Hartcourt S.A., 2003 (no prelo).
- Cohen-Cole SA. The Medical Interview: the three-function approach. *Sant Louis: Mosby*, 1991.
- De Haro-Fernández F, Blanca Martínez-López M. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Rev Calidad Asistencial*; 2002, 17(8): 613-618.
- Gwyn R, Elwin G. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. *Soc Sci Med* 1999; 49: 437-447.
- Henbest RJ, Stewart MA. Patient centeredness in the consultation. 2. Does it really make a difference? *Family Practice* 1990; 7: 28-33.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ* 2000; 320(7234): 526-527.
- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Jr., Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 448-457.
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102(4): 520-528.
- Jovell A. El Proyecto del paciente del futuro. Proyecto Internacional. Investigación basada en entrevistas en grupos en España. Julio 2001. Apresentado em: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 de outubro de 2002.
- Jovell A. El paciente "impaciente". ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico*, 25/4/2003: 66-72.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease [fe de erratas en *Med Care* 1989 Jul; 27(7): 679]. *Medical Care* 1989;27: S110-S127.
- Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995; 33(12): 1.176-1.187.
- Lewin SS, Skea ZC, Entwistle V, Dick J, Zwarenstein M. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Library* [4]. Oxford, Update Software, 2001.
- Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *Jama* 1999; 281(3): 283-287.
- Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002 Sep; 48(1): 51-61.
- Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med* 2002; 136(6): 471-476.
- Neighbour R. *The Inner Consultation.* Lancaster: MTP Press, 1989.
- Putnam SS, Lipkin M. The Patient-Centered Interview: research support. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The Medical Interview.* New York: Springer-Verlag, 1995.
- Ruiz Téllez A. *La demanda y la agenda de calidad.* Barcelona: Ed. Instituto @pCOM, 2001.
- Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71: 127-131.
- Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999; 3(1): 25-30.
- Tizón J. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma, 1989.
- Tizón J. *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria.* Barcelona: Doyma, 1992.
- Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19(1): 44-60 a.
- Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19(1): 63-74 b.
- Torío J, García MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria* 1997; 20(1): 45-55 c.