

Oficina de aconselhamento como instrumento de prática da política nacional de humanização do SUS: relato de experiência

Counseling workshop as an instrument to practice the national humanization policy of the SUS: experience report



Paulo Gabriel da Silva Mota¹, Bárbara Grassi Prado²

RESUMO

A aplicação prática da Política Nacional de Humanização do SUS passa pela formação dos médicos. Enquanto, no passado, o médico era visto como o detentor único do conhecimento da área, atualmente, há um compartilhamento desse conhecimento entre médico e paciente. Uma boa relação médico-paciente auxilia na melhora da adesão ao tratamento, em melhores desfechos clínicos e no aumento da satisfação do assistido. Nesse sentido, segue-se um relato de experiência sobre uma oficina de técnicas de aconselhamento, realizada com graduandos do terceiro semestre do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis. A atividade baseou-se em simulações de atendimentos a situações clínicas hipotéticas, com alunos interpretando o papel de médicos, pacientes e avaliadores. Durante a oficina, os “médicos” fizeram perguntas abertas, possibilitando ao paciente a chance da oratória, sem ser induzido a respostas. Ademais, ponto importante foi a devolução da fala dos pacientes – o que permitiu ao “paciente” ampliar sua fala e apontar seus pontos de vista sobre seu adoecimento. A demonstração de empatia ocorreu durante todo o processo. Os alunos que simularam os médicos relataram dificuldades em transitar entre termos técnicos e uma linguagem simples, pois estudam termos densamente técnicos. Porém, reconheceram a importância e as dificuldades em realizar um atendimento humanizado. Verificou-se, assim, que a metodologia do aconselhamento promove um atendimento melhor, mais humanizado e empático, bem como uma conduta baseada na demanda momentânea do paciente, com todas as interfaces de sua vida pessoal relatadas de maneira ativa.

Palavras-chave: Treinamento Acadêmico. Capacitação Profissional. Relação Médico-Paciente.

ABSTRACT

The practical application of the SUS National Humanization Policy involves training doctors. While, in the past, the doctor was seen as the sole holder of knowledge in the area, currently, this knowledge is shared between doctor and patient. A good doctor-patient relationship helps to improve adherence to treatment, better clinical outcomes, and increased patient satisfaction. In this sense, below is an experience report on a workshop on counseling techniques, carried out with third semester undergraduates of the Medicine Course at the Federal University of Rondonópolis. The activity was based on simulations of care in hypothetical clinical situations, with students playing the roles of doctors, patients, and evaluators. During the workshop, the “doctors” asked open questions, giving the patient the chance to speak, without being induced to give answers. Furthermore, an important point was the return of the patients' speech – which allowed the “patient” to expand their speech and point out their

¹ Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: paulo.gabriel@aluno.ufr.edu.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1614-7907>

² Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: barbara.grassi@ufr.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2959-1273>

points of view about their illness. The demonstration of empathy occurred throughout the process. The students who simulated doctors reported difficulties in moving between technical terms and simple language, as they study densely technical terms. However, they recognized the importance and difficulties in providing humanized care. It was therefore verified that the counseling methodology promotes better, more humanized, and empathetic care, as well as conduct based on the patient's momentary demand, with all the interfaces of their personal life reported in an active way.

Keywords: Academic Training. Physician-Patient Relations. Professional Training.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, houve mudanças na sociedade e avanços no cuidado médico e na facilidade de acesso a informações médicas. Enquanto, no passado, o médico era visto como o detentor único do conhecimento médico, atualmente há um compartilhamento desse conhecimento entre médico e paciente, determinando abordagens terapêuticas cada vez mais personalizadas (CHANDRA; MOHAMMADNEZHAD; WARD, 2018).

Nesse sentido, a clássica frase atribuída ao médico canadense William Osler, que dizia “Um bom médico trata a doença, mas um grande médico trata o paciente que tem a doença” (GARABEDIAN, 2007, p.59), permanece como o ponto fundamental no manejo dos pacientes. O atendimento médico tem, como principal meta, proporcionar algum benefício à saúde do paciente. E, para que esse cuidado seja executado com alta qualidade, é necessário haver uma boa relação médico-paciente (CAMPOS; FÍGARO, 2021; CHANDRA; MOHAMMADNEZHAD; WARD, 2018).

A relação médico-paciente, por definição, consiste numa relação de confiança, em que o médico concorda em respeitar a autonomia do paciente, zelar pela confidencialidade das informações, explicar ao paciente as opções de tratamento, obter consentimento deste, promover o melhor cuidado possível e não abandonar o paciente sem as devidas condições de encontrar outro médico. Porém, essa definição conceitual não é capaz de englobar a infinita complexidade e profundidade dessa relação. Muitas vezes, os pacientes revelam segredos, preocupações e medos que não revelariam para outras pessoas. A relação de confiança com o médico pode auxiliar os pacientes a manter ou recuperar sua saúde e bem-estar (CHIPIDZA; WALLWORK; STERN, 2015; TAKAHASHI, 2022).

Ademais, essa boa relação auxilia na melhora da adesão ao tratamento, em melhores desfechos clínicos e no aumento da satisfação, por parte do paciente. Entretanto,

isso depende da capacidade técnica e da experiência de cada profissional em adaptar-se aos pacientes, bem como das características intrínsecas do médico, como sua personalidade, que permitem a formação de vínculo e maior sucesso nesta interação (VIDAL CE et al., 2019).

No Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis, os alunos são inseridos na prática clínica desde o primeiro semestre, com especial ênfase aos estágios na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, ganha destaque a disciplina de Interação Comunitária, que está presente desde o primeiro até o oitavo semestre da graduação. O propósito é garantir a formação de médicos empáticos, conhecedores da realidade das práticas em saúde coletiva e orientados pelo método clínico centrado na pessoa (MCCP). Desse modo, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de alunos de medicina em relação a uma oficina de técnicas de aconselhamento sobre a relação médico-paciente.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de abordagem descritiva, sobre uma oficina acerca de técnicas de aconselhamento, realizada com graduandos do terceiro semestre do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis, durante o módulo de Interação Comunitária III (IC-III). O relato de experiência é uma metodologia utilizada para descrever e refletir sobre uma experiência vivida pelos pesquisadores, empregada em diferentes áreas do conhecimento, buscando compartilhar informações, insights e aprendizados obtidos por meio de uma prática específica. Refere-se à descrição feita pelo autor ou equipe de uma experiência profissional bem-sucedida, que enriquece a discussão, a partilha e a geração de ideias (DALTRO; FARIA, 2019)

O módulo de IC-III, dentre os seus objetivos, visa a proporcionar ao discente o estabelecimento de uma relação profissional ética e humanizada com os usuários e seus familiares (desenvolvimento da relação médico-paciente), favorecendo a construção de vínculo, utilizando técnicas de aconselhamento e de abordagem familiar, visando à promoção da autonomia dos sujeitos na resolução de problemas e no processo do autocuidado.

Para tanto, foi proposta uma oficina sobre técnicas de aconselhamento baseada no Curso de Treinamento em Aconselhamento em Amamentação da Organização Mundial de saúde (WHO/ UNICEF, 1993), também disponível no curso de Qualificação Profissional Amamenta e Alimenta Brasil: Recomendações Baseadas no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos (BRAZIL, 2021). A metodologia da oficina foi adaptada, visando ao aconselhamento do futuro médico em suas práticas profissionais, para estabelecer um vínculo entre médico e paciente e aumentar a adesão às intervenções propostas.

A oficina ocorreu em sala de aula virtual no mês de setembro de 2021, com carga horária total de 1 hora e 20 minutos. Anteriormente à oficina, foi realizada uma aula expositiva e dialogada com duração de 45 minutos, explicitando a técnica a ser utilizada, propriamente, e sua importância. Logo após, transcorreu-se a oficina prática. Os discentes da turma foram separados em grupos de 6 a 8 integrantes. Cada professor conduziu um grupo e, neste artigo, serão relatados os resultados de somente um grupo formado por oito acadêmicos. O trabalho segue os princípios éticos para o tipo relato de experiência, sem exposição e identificação de pessoas, não sendo necessário, portanto, ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Os oito integrantes do grupo foram subdivididos em dois subgrupos: Grupo 1 (com o Caso 1) e Grupo 2 (com o Caso 2). Como se tratava de uma simulação de consulta entre médico e paciente, cada grupo se dividiu em: um “paciente”, um “médico” e dois avaliadores. Os alunos que representavam o médico e o paciente deveriam simular uma situação guiada (Quadro 1) e os avaliadores deveriam anotar suas observações sobre a aplicação da técnica. Ressalta-se que a oficina não visava identificar erros de condutas médicas, uma vez que, no terceiro semestre da graduação, não era esperado que os alunos já estivessem aptos ao atendimento clínico especializado. Logo, a análise e a simulação deveriam se basear nas técnicas de aconselhamento. No Quadro 1, estão descritas as informações apresentadas aos discentes para cada caso:

Quadro 1 – Descrição dos casos

CASO 1:

Simule com seu colega um atendimento em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em que o paciente tem o seguinte histórico: *“Homem ou mulher (a depender do discente), 71 anos, diabético (descontrolado), hipertenso (controlado com medicamento), sobrepeso”*. Você precisa

coletar mais informações desse paciente que já passou com os médicos anteriores da USF (prontuário existente). Então, simulando uma consulta, aplique as técnicas de aconselhamento.

CASO 2:

Simule com seu colega um atendimento em uma USF em que o paciente tem o seguinte histórico: *“Homem ou mulher (a depender do discente), 55 anos, sem diabetes, normotenso, dislipidemias (colesterol elevado - hipercolesterolemia, triglicérides elevado - hipertrigliceridemia), peso adequado e fumante”*. Você precisa coletar mais informações desse paciente que já passou com os médicos anteriores da USF (prontuário existente). Então, simulando uma consulta, aplique as técnicas de aconselhamento.

Fonte: Autoria própria (2023).

Os discentes em simulação deveriam aplicar as técnicas de aconselhamento abordadas durante a aula expositiva, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Técnicas de aconselhamento

A) Habilidades de escutar e compreender
<p>A1. Usar a comunicação não verbal útil;</p> <p>A2. Fazer perguntas abertas;</p> <p>A3. Usar respostas e gestos que demonstrem interesse;</p> <p>A4. Devolver com suas palavras o que o paciente diz;</p> <p>A5. Mostrar que você compreende como ele se sente (empatia);</p> <p>A6. Evitar palavras que soam como julgamentos.</p>
B) Habilidades de como desenvolver a confiança e dar apoio
<p>B1. Aceitar o que o paciente pensa e sente;</p> <p>B2. Reconhecer e elogiar o que paciente está fazendo corretamente;</p> <p>B3. Oferecer ajuda prática, quando necessário;</p> <p>B4. Oferecer pouca e relevante informação;</p> <p>B5. Usar linguagem simples;</p> <p>B6. Oferecer uma ou duas sugestões, não ordens.</p>

Fonte: Adaptado de OMS (1993).

Ao final de cada simulação, os avaliadores faziam seus comentários, acrescidos dos comentários do docente e dos demais discentes.

RESULTADOS

No que diz respeito à atuação dos discentes, todos conseguiram se expressar de forma satisfatória com o intuito de simular um atendimento médico, com participação ativa dos avaliadores.

Para facilitar a análise e a compreensão dos critérios preconizados pelo método de aconselhamento, cada item do Quadro 2 será analisado separadamente. Inicia-se com os itens relacionados às habilidades de escutar e compreender (itens A), seguindo-se à discussão das habilidades de como desenvolver a confiança e dar apoio (itens B).

A1) Usar a comunicação não verbal útil

Usar a comunicação não verbal útil significa mostrar atitude através de postura, expressão, ou seja, através de tudo, menos da fala. É aquela que faz com que o paciente sinta que o profissional está interessado nele, e isso o encoraja a conversar e expor suas dúvidas, sentimentos e questionamentos. Para tal, é importante que o profissional de saúde tenha as seguintes atitudes: manter sua cabeça no mesmo nível, prestar atenção, remover barreiras, dedicar tempo e tocar de forma apropriada (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

Durante a oficina, a comunicação não verbal útil pode ter sido prejudicada pelo fato de a atividade ser online; porém, os médicos se posicionaram próximo à tela, gesticulando com a cabeça, sorrindo e sinalizando a compreensão e escuta, na tentativa de manter a cabeça no mesmo nível, possibilitando a troca de olhares. Em consultas presenciais, foi discutida a necessidade de remover barreiras como computador, telas e outros equipamentos que dificultem essa troca de olhar entre o médico e o paciente.

O toque também foi discutido, uma vez que vários discentes relataram passar por consultas em que o exame físico não fora realizado, mesmo na presença de queixas físicas aparentes. A permissão para o toque também é essencial, uma vez que o profissional deve avisar e explicar o que será realizado durante o procedimento. Dialogou-se, com o grupo, a importância de um toque adequado para passar confiança ao paciente, além de transmitir carinho e suporte emocional em condições de vigência da doença. Prestar a atenção a isso é, portanto, uma conduta que exige dedicação, tempo e empatia (ROXO, 2008).

A2) Fazer perguntas abertas

Para iniciar a conversa com o paciente, é necessário fazer algumas perguntas, sendo importante a elaboração de questionamentos que incentivem o paciente a falar com o profissional e a dar-lhe informações, pois isso evita o excesso de perguntas.

As perguntas fechadas geralmente são menos úteis e induzem o paciente a responder: sim ou não. Estas, normalmente, se iniciam das seguintes formas: *Você está (...)?; Você fez (...)?; Você tem (...)?*. Importante ressaltar que as perguntas fechadas também são necessárias, mas limitam a compreensão da história do paciente. As perguntas abertas são mais úteis e geralmente começam com *Como?; O quê?; Quem?; Onde?; Por quê?*. Alguns exemplos de perguntas fechadas e abertas são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Exemplos de perguntas fechadas e abertas

Perguntas fechadas	Perguntas abertas
Você está bem?	Como está se sentindo hoje?
Você fez o exame que pedi?	Em que posso ajudá-lo?
Dói aqui?	O que você pensa/pensou sobre isso?
Você tem dormido bem?	O que você acha/já fez sobre o assunto?
Você já tomou os remédios?	O que gostaria de ouvir de mim? Qual sua expectativa nesta consulta?

Fonte: Autoria própria (2023).

Ao longo da oficina, os discentes apresentaram dificuldades em fazer perguntas abertas, uma vez que, durante os módulos da graduação, são treinados a realizar uma anamnese pontual, com perguntas fechadas. Fazer perguntas abertas requer tempo para escutar o paciente, uma vez que este tende a falar abertamente sobre o assunto, contando uma história ou situação. Entretanto, os discentes se esforçaram para modificar a formulação das perguntas e relataram que é uma habilidade que deve ser adquirida ao longo do tempo e com treino.

Durante a simulação, os “médicos” procuraram incluir o “paciente” nas tomadas de decisão, fazendo perguntas abertas como: *Você acredita que consegue colocar uma*

fruta no café da manhã?; Por que você acha que está sentindo este sintoma?; e Você acha que consegue incluir alguma atividade física na sua rotina?.

Ressalta-se a necessidade de parar, pensar e depois responder o paciente, pois não é preciso responder a tudo com rapidez. Em contrapartida, deixar o paciente aguardando por muito tempo pode deixar a consulta cansativa e monótona.

A3) Usar respostas e gestos que demonstrem interesse

Se o profissional deseja que o paciente continue a falar, este deve demonstrar que está ouvindo e interessado no que o paciente está relatando. Portanto, sorrir, acenar e dar respostas simples como *Aham*, *Hum* ou *Sim* proporcionam esta demonstração de atenção.

Durante as encenações, os discentes realizaram gestos e respostas simples, demonstrando atenção e interesse, mas foi relatado que ainda havia uma dificuldade de contornar o paciente que se prolonga na fala ou direciona a mesma para outro assunto. A docente afirmou a necessidade de interromper com calma e utilizar-se do item a seguir (A4), para direcionar o paciente ao assunto de interesse na consulta.

A4) Devolver com suas palavras o que o paciente diz

Neste item, o profissional deve escutar atentamente o que o paciente diz e devolver com suas palavras para que este consiga relatar, com maiores detalhes, parte de sua queixa e/ou história atual. Por exemplo, tem-se a queixa: “Eu senti muita dor nas costas na noite passada”. O profissional, ao devolver com suas palavras o que o paciente diz, poderia perguntar: “Ah, você estava com muita dor nas costas?”. Isso induz o paciente a continuar sua reflexão e detalhar mais o ocorrido, sem que o profissional faça somente perguntas fechadas. Entretanto, o ideal é mesclar entre perguntas abertas, fechadas e o uso desta devolutiva com as palavras do paciente, para que a conversa flua de forma leve, sem passar a impressão de uma conversa estranha ou robotizada.

Durante a oficina, os discentes conseguiram devolver com suas palavras os questionamentos do paciente: no momento em que a paciente se queixou de “falta de ar” e iniciou uma descrição de como acontece, o “médico” devolveu: “então você está com falta de ar?” e a paciente, rapidamente, prolongou a conversa, sentindo-se à vontade para detalhar o que, como e quando estava sentindo o referido sintoma.

Reforça-se que a devolutiva não pode ser apenas pautada em ecolalia, quando o profissional médico apenas repete, mecanicamente, o que ouve do paciente. Pelo contrário, esse processo deve ser realizado após escuta atenta e ativa do paciente.

A5) Mostrar que você compreende como ele se sente

Quando o paciente diz algo que demonstra seus sentimentos, é útil responder de uma forma que mostre que o profissional ouviu o que ele disse e que compreendeu seus sentimentos a partir de seu ponto de vista. Por exemplo, quando um paciente diz: “Essa dor tem me incomodado muito para dormir e estou acordando muito cansado”. O profissional pode responder: “Percebo que você está se sentindo muito cansado.”

Isso demonstra empatia, diferentemente de simpatia, pois quando o profissional simpatiza, este se solidariza com a pessoa, mas olha para ela a partir do seu ponto de vista. Se o profissional fosse simpático no exemplo anterior: “Eu sei como você se sente, eu já tive uma dor uma vez e ficava muito cansado”. Isso traz a atenção de volta para o profissional e não faz o paciente sentir que ele está preocupado com sua queixa.

Durante a oficina, algumas falas foram elaboradas na tentativa de realizar esta premissa, mas ainda se caracterizava como algo forçado, fato este que exige treinamento.

A6) Evitar palavras que soam como julgamento

O juízo de valor é a transferência voluntária de sentimentos e percepções particulares do médico em relação ao paciente. Muitas vezes, acaba por se manifestar na forma de palavras intimidadoras ou hostis, gerando desconforto ao paciente.

Durante a oficina, os discentes foram orientados a evitar palavras que soassem como julgamentos, como: “certo, errado, bem, mal, bastante, bom, mau, adequado e direitinho”. Se o profissional usar estas palavras quando faz perguntas, pode fazer o paciente sentir que está errado ou que há alguma coisa errada com seu comportamento ou saúde, o que pode deixá-lo inseguro. Por exemplo, ao invés de “Será que você limpou bem a ferida?”, é preferível dizer “Como está limpando sua ferida?”.

Enquanto os discentes médicos e pacientes estavam em simulação, os avaliadores puderam identificar várias palavras que soaram como julgamentos, como: “Você só consegue fazer isso?”. Os avaliadores propuseram outros questionamentos, dentre eles: “Você me disse que não consegue caminhar na praça, acha que há outra atividade que

possa incluir no seu dia?”. Pode-se dizer que este item é um dos mais difíceis, uma vez que há o hábito de utilizar-se destas palavras que soam como julgamentos no dia a dia.

B1) Aceitar o que o paciente pensa e sente

Em algumas situações, o outro, em seus julgamentos internos, baseados em suas vivências individuais, pode julgar ser bom ou ruim, besteira ou irrelevante, mas aceitar o que o paciente pensa e sente permite maior vínculo entre médico e paciente. O aceitar não significa concordar, mas levar em consideração que há um sentimento em relação à situação ou queixa que é passível de ser importante no contexto em que o paciente se insere.

Durante a oficina, o discente que simulava o paciente deixou claro que “todos da família achavam besteira o que ela sentia, mas ela sentia”, o que demanda um acolhimento do profissional e melhores entendimento e escuta sobre a queixa do paciente. Em diversos momentos, o “médico” aceitava as queixas do “paciente”, acolhia e também o incluía nas tomadas de decisão e mudanças de hábitos, moldando as falas a partir da escuta deste.

Também é importante valorizar a forma de tratamento desejada pelo paciente. O Caso 1 tratava-se de uma idosa, então um discente perguntou qual a forma de tratamento adequada: *senhora* ou *você*. A docente destacou ainda que no Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2022) há o incentivo a questionar ao paciente como quer ser chamado e que se deve evitar termos no diminutivo ou infantilizados, de modo a evitar o constrangimento do usuário idoso. Na presença de um acompanhante, a fala deve ser primeiro direcionada ao idoso e uma vez que este seja incapaz de dialogar, incluir o acompanhante na consulta.

B2) Reconhecer e elogiar o que o paciente está fazendo corretamente

Normalmente, em conversas e em relacionamentos interpessoais, é comum o foco nas queixas e no que ainda há de ser modificado para a melhoria da saúde. Entretanto, reconhecer e elogiar o que o paciente está fazendo corretamente demonstra a compreensão de que o profissional identificou o esforço para mudança do paciente, tornando mais fácil a criação de novas metas.

Na oficina, uma paciente relatou que conseguia fazer caminhadas na praça e o “médico” elogiou esta conduta, o que gerou satisfação no “paciente”. As críticas excessivas podem distanciar este vínculo e colocar o profissional em um patamar surreal,

uma vez que todos os indivíduos necessitam de constantes mudanças de hábitos e atitudes na melhoria de comportamentos relacionados à saúde.

B3) Oferecer ajuda prática, quando necessário

Este item engloba a proatividade do profissional médico em oferecer ajuda para, por exemplo, organizar exames e prescrições, abrir envelopes e destacar à caneta os parâmetros alterados de um exame. Também aqui se incluem sutilezas, como receber o paciente à porta e ajudá-lo a acomodar-se na cadeira. Durante as atividades, esse quesito foi comprometido, uma vez que a consulta simulada foi realizada em ambiente virtual.

No entanto, em um mundo onde a telemedicina ganha cada vez mais destaque, as consultas virtuais podem ser grandes aliadas. Se, por um lado, os custos, as barreiras da comunicação (infraestrutura digital e conexão à internet adequadas) e as limitações intrínsecas à ausência de um exame físico pelo médico principal são desafios; por outro, há a oportunidade para o desenvolvimento de metodologias interativas de comunicação, audiovisual e de dados. Essas ferramentas poderiam minimizar os déficits na anamnese e reduzir erros diagnósticos (LUZ, 2019; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

B4) Oferecer pouca e relevante informação

Em um atendimento médico, nem sempre há a necessidade de explicar sobre todas as problemáticas do paciente, pois, muitas vezes, o paciente só quer resolver o problema latente e perde o foco para outras orientações. Em uma consulta de rotina, torna-se mais fácil cuidar dos diversos fatores de risco à saúde e potencializar os fatores de proteção. No Caso 2, o “médico” tentou questionar sobre todos os problemas presentes no prontuário; porém, acabou tirando o foco da queixa principal: a tosse. Assim, foi discutido que não há a necessidade de resolver tudo, uma vez que, na APS, o vínculo e a longitudinalidade permitem traçar metas a longo prazo.

B5) Usar linguagem simples

Este item foi o que gerou mais dificuldade, pois há uma tendência de os acadêmicos, conforme aprendem os termos técnicos, utilizarem linguagem tecnicista e rebuscada em consultas. Os discentes, durante as simulações, usaram termos técnicos, mas tentaram explicá-los de maneira mais simples. Um avaliador comentou que é importante usar termos técnicos, pois muitos pacientes, conhecedores de si, seus

sentimentos, sintomas e sobre a doença, já se familiarizaram com vários termos técnicos, como glicemia e hipertensão.

Porém, cabe ao médico analisar se há a necessidade de simplificar o termo substituindo por uma linguagem popular e mais simples, uma vez que há diferentes perfis de pacientes, cada um com um grau de instrução, inclusive profissionais da saúde. Ainda, a docente destacou a necessidade de escutar o paciente, quais termos são utilizados por ele e se apropriar destas palavras para estabelecer vínculo e demonstrar entendimento.

B6) Oferecer uma ou duas sugestões, não ordens

Sabe-se que a fala dos médicos possui uma grande relevância para os pacientes. No entanto, é necessário que o profissional não se coloque como detentor unilateral dos caminhos terapêuticos. Em outras palavras, os imperativos devem, preferencialmente, ceder lugar a sugestões oportunas e realizáveis. Por exemplo, o médico que precisa orientar a prática de exercícios físicos mais frequentes, pode suggestionar uma caminhada ao ar livre ou aeróbicos matinais ao invés de impor uma bateria fixa de determinado exercício. Ou, o profissional que deseja orientar uma dieta, pode sugerir produtos acessíveis financeiramente ao invés de exigir gastos irrealizáveis com um alimento específico.

Evidentemente, isso requer treinamento e não pode ser aplicado a todas as situações. Ao longo das atividades de simulação, por exemplo, para uma paciente relutante a atividades de academia, foi sugerida a prática de natação. Em outro momento, acordou-se com a paciente tabagista a substituição gradual de cigarros pela prática de exercícios físicos, em resposta aos momentos de estresse do dia a dia, que são estímulos ao tabagismo. A oficina é só um ponto de partida para a introdução a este tema complexo, que envolve mudanças nos paradigmas de atendimentos e relações interpessoais.

DISCUSSÃO

Do ponto de vista fisiológico e neurocientífico, existem ao menos quatro passos do processo de construção da relação médico-paciente. O primeiro passo é o “sentir-se doente”, que envolve aferências sensoriais de locais diversos do corpo e a influência psicológica. O segundo, é o “buscar ajuda”, que consiste num comportamento motivado com o objetivo de proporcionar alívio. Como terceiro passo, há o “encontro com o

terapeuta”, uma interação social em que o médico se torna um meio de suprimir o desconforto. Nesse encontro, estão envolvidas empatia e compaixão do médico, de um lado; e confiança e esperança do paciente, do outro. O quarto e último passo seria o “recebimento da terapia”, em que, além dos efeitos diretos das intervenções, há alterações neuronais induzidas por rituais terapêuticos e que conduzem ao desfecho clínico (BENEDETTI, 2013). A criação de vínculo médico-paciente torna-se importante para a adesão ao tratamento, seja ele simples ou complexo, definido em conjunto com o paciente.

Cabe destacar que a literatura apresenta duas principais vertentes de atenção ao paciente. O primeiro deles é o modelo verticalizado (centrado no médico) – também denominado mecanicista ou flexneriano –, em que o paciente não tem participação ativa na condução do cuidado. O segundo é o modelo ou método clínico horizontal (centrado no paciente ou na pessoa), em que há o compartilhamento do cuidado entre o médico e o paciente e participação ativa na sua própria saúde (VIDAL CE et al., 2019). Este último ganha destaque, tendo foco na oficina proposta, que corrobora com a literatura que demonstra que os pacientes atuais desejam comunicações efetivas, têm preferências específicas quanto à forma de recebimento de informações médicas e querem mais participação nas decisões terapêuticas (MATUSITZ; SPEAR, 2014).

A oficina também vem de encontro com MCCP, que é abordado nos módulos de Interação Comunitária. O MCCP, introduzido a partir da década de 1970, embasa-se no princípio de abordagem global à pessoa que recorre ao atendimento médico, em que devem ser levados em consideração valores, experiências, necessidades e preferências do paciente no cuidado. É constituído pelos seguintes elementos: (1) exploração da saúde, da doença e da experiência do adoecimento; (2) compreensão da pessoa como um todo; (3) busca de compreensão do caso; (4) melhoria da relação médico-paciente (SANTIAGO et al., 2020).

Na realidade, o MCCP extrapola a atuação puramente médica: além da avaliação médica propriamente dita, ele envolve avaliações funcionais e sociais minuciosas do paciente e de sua família. Para alguns pacientes, essa avaliação minuciosa requer visitas domiciliárias (GOODWIN, 2016).

Cabe destacar que, no módulo anterior, os discentes estudaram a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013). Assim, a

oficina proporcionou entender, de forma prática, a necessidade de mudança, para que esse novo paradigma de cuidado em saúde seja concretizado, segundo o qual o sujeito – e não mais a doença – passa a ser o centro do modelo assistencial (NORA; JUNGES, 2013).

A PNH fundamenta-se em três princípios estruturantes: (1) transversalidade; (2) indissociabilidade entre atenção e gestão; e (3) autonomia dos sujeitos e coletivos (NORA; JUNGES, 2013). Ela dialoga com o MCCP e as práticas desta oficina, na medida em que também pressupõe o cuidado sob os seguintes princípios ou dimensões: perspectiva biopsicossocial; “o paciente como pessoa”; compartilhamento de poder e responsabilidade; aliança terapêutica e “a médico como pessoa” (ENTWISTLE; WATT, 2013).

A aplicação prática dos preceitos da PNH passa pela formação dos profissionais de saúde, como os médicos. Desde a criação do SUS, houve diversas mudanças na educação médica, impulsionando a superação do paradigma flexneriano. Os princípios de universalidade, equidade e integridade norteiam as diretrizes curriculares nacionais (DCN) dos cursos de medicina no Brasil (SOUZA et al., 2013). Desde 2014, os currículos nacionais destacam a inserção de alunos de medicina na APS (WENCESLAU et al., 2020). Aproximar os alunos de medicina da APS, enquanto símbolo da saúde coletiva, vai de encontro aos objetivos da DCN que consistem em formar médicos com capacitação generalista e visão humanista, crítica e reflexiva (AZEVEDO et al., 2013). Oficinas práticas com técnicas de melhoria do vínculo médico-paciente tornam os atendimentos mais humanizados e capacitam os discentes e futuros médicos, a atuarem no SUS, com vistas à concretização dos seus princípios e diretrizes, bem como a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica e PNH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as atividades, os médicos fizeram perguntas abertas, possibilitando ao paciente a chance da oratória, sem ser induzido a respostas. Nenhum médico utilizou palavras que soassem como julgamentos, respeitando a autonomia do paciente e traçando condutas conjuntas. Outro ponto importante foi a devolução, com suas próprias palavras, da fala dos pacientes – o que permite ao paciente ampliar sua fala e apontar seus pontos de vista sobre seu adoecimento. A demonstração de empatia ocorreu durante todo o

processo. Os alunos que simularam os médicos relataram dificuldades em transitar entre termos técnicos e uma linguagem simples, pois estudam as anamneses padronizadas, mas reconheceram a importância e as dificuldades em realizar um atendimento humanizado.

Verificou-se que a metodologia do aconselhamento promove um atendimento melhor, mais humanizado e empático, bem como uma conduta baseada na demanda momentânea do paciente, com todas as interfaces de sua vida pessoal relatadas de maneira ativa. Entretanto, tal como outras metodologias, exige prática e aprimoramento.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, B. M. DE S. et al. A formação médica em debate: Perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 44, p. 187–199, 2013.

BENEDETTI, F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. **Physiological Reviews**, v. 93, n. 3, p. 1207–1246, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2022.

BRAZIL, M. OF H. OF. **Dietary guidelines for brazilian children under 2 years of age**. Tradução: Thais Medina Coeli Rochel De Camargo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CAMPOS, C. F. C.; FÍGARO, R. Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2352, 2021.

CHANDRA, S.; MOHAMMADNEZHAD, M.; WARD, P. Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: A Literature Review. **Journal of Healthcare Communications**, v. 03, n. 03, 2018.

CHIPIDZA, F. E.; WALLWORK, R. S.; STERN, T. A. Impact of the doctor-patient relationship. **Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry**, v. 17, n. 5, p. 360, 2015.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. DE. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 223–237, 4 jun. 2019.

ENTWISTLE, V. A.; WATT, I. S. Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. **American Journal of Bioethics**, v. 13, n. 8, p. 29–39, 2013.

GARABEDIAN, J. To be a great physician, you must understand the whole story. **MedGenMed: Medscape General Medicine**, v. 9, n. 3, p. 1; author reply 1, 2 jul. 2007.

GOODWIN, C. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 1, p. 15–18, 2016.

LUZ, P. L. DA. Telemedicina e a Relação Médico-Paciente. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 100–102, 8 ago. 2019.

MALDONADO, J. M. S. DE V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00155615, 3 nov. 2016.

MATUSITZ, J.; SPEAR, J. Effective doctor-patient communication: An updated examination. **Social Work in Public Health**, v. 29, n. 3, p. 252–266, 2014.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Humanization policy in primary health care: A systematic review. **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 6, p. 1186–1200, 2013.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**, v. 14, p. 164–170, fev. 2012.

ROXO, J. R. DOS S. O Toque na prática clínica. **Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 6, p. 77–89, 2008.

SANTIAGO, L. M. et al. Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: Development of a measurement scale. **Acta Medica Portuguesa**, v. 33, n. 6, p. 407–414, 2020.

SOUZA, C. F. T. DE et al. A atenção primária na formação médica: a experiência de uma turma de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 3, p. 448–454, 2013.

TAKAHASHI, E. Y. A liga acadêmica no contexto da extensão universitária: Um relato de experiência. **Extensão em Foco**, n. 28, p. 47–63, 2022.

VIDAL CE et al. Atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente. **Revista Med Minas Gerais**, v. 29, n. 8, p. 19–24, 2019.

WENCESLAU, L. D. et al. Um roteiro de entrevista clínica centrada na pessoa para a graduação médica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2154, 2020.

WHO/ UNICEF. **Breastfeeding counselling: A training guide**. 1993.

Recebido em: 19 de dezembro de 2023

Aceito em: 18 de abril de 2024