6º Semestre

PSICOLOGIA MÉDICA



SUMÁRIO

1. Algumas definições da Psicologia Médica 4
2. Modelos Históricos 4
a. Asclépio 4
b. Descartes 5
3. Modelo Biomédico e a Formação Médica 6
4. Mito de Procusto: intolerância às diferenças 6
5. O Resgate do Psíquico e a construção do modelo biopsicossocial 7
6. Histórico 7
7. Conceitos 7
8. Psicologia Médica 8
a. A Psicologia Médica como estudo da relação e da comunicação 9
9. Comunicação 9
a. Modelos de comunicação e Comunicação em saúde 9
b. Comunicação e humanização 10
i. Conceito de humanização 10
10. Os padrões vinculares e a constituição do sujeito 10
11. Natureza e cultura 11
12. Comunicação em Saúde e os Meios de informação e Comunicação 13
13. Entrevista 15
14. Desenvolvimento de capacidades 16
a. Observando 16
15. Identificação de perspectivas 17
16. Criação e ampliação de empatia 18
a. Empatia não é reasseguramento 18
17. Discriminação dos canais de comunicação 19
18. Padrões de relacionamento 20
19. Entrevista 20
a. Pontos a serem observados 20
b. Fase da recepção 20
c. Fase exploratória 21
d. Técnicas de Anamnese 22
e. Fase resolutiva 23
20. Exame físico do paciente: aspectos psicológicos 24
a. O exame da criança 24
b. Questões culturais 24
21. A constituição do psiquismo (da sensação ao afeto) 24
22. Defesas contra angústia 25
23. Mecanismos de defesa, segundo a Psicanálise 26
a. Defesas Negativas 26
i. Negação 26
ii. Recalque 26
iii. Projeção 26
iv. Formação Reativa 27
b. Defesas Adaptativas 27
i. Racionalização 27
ii. Sublimação 27
24. Morte e Desenvolvimento Humano 28
25. Medo da Morte 29

26. Profissionais da saúde, família, paciente e a questão da morte 29
27. Política Nacional de Humanização (PNH) 30
a. Objetivos 30
b. Destaques 30
c. O problema a ser enfrentado 30
d. Propostas de intervenções 31
28. Comunicação de Notícias Difíceis : compartilhar desafios na atenção à saúde - O projeto 31
29. Grupos Balint 32
a. Grupos Balint- Paidéia 32
i. Afetos como experiência de transformação 32
ii. As transformações 33
30. Roteiro baseado no Protocolo SPIKES 33
31. Consenso SPIKES Jr. 35

Bibliografias

- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto [Org]. Psicologia da saúde; um novo significado para a prática clínica. 2 ed. rev. e ampl. São Paulo; Cengage Learning, 2011.
- GRUBITS, Sonia, GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães [Org]. Psicologia da saúde; especificidades e diálogo interdisciplinar. São Paulo. Vetor, 2007
- Marco, Mario Alfredo, D. et al. Psicologia Médica. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo A, 2012.

05 de agosto de 2021

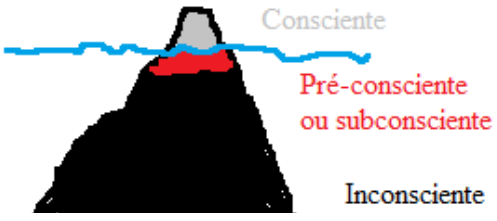
Introdução à Psicologia Médica

Algumas definições da Psicologia Médica

Psiquismo; é um conceito abstrato, pois envolve comportamento, envolve as reações do indivíduo frente a determinadas situações. ‘’Há uma parte de nós mesmos que não conhecemos’’ Froid. Não se espera que o médico desvende o inconsciente do paciente, mas esse conhecimento pode ajudar na condução do caso.

Dualidade na psiqué humana; é absolutamente presente e normal no ser humano. Ao mesmo tempo que uma pessoa pode querer algo por n motivos, pode não querer também por outros nº motivos, em proporção maior, igual ou menor proporção. Exemplo de situações;
gravidez, suicídio.

Há um nível da nossa consciência que nós mesmos desconhecemos e a qual não conseguimos acessar ou fazemos isso de forma muito dificultosa, denominada de “inconsciente”. Este é ilógico e atemporal. Conseguimos acessar apenas até o nível do pré-consciente (o limite abaixo da água, que às vezes aparece).



12 de agosto de 2021

Modelos Históricos

Asclépio

Asclépio pensava em tratar as doenças a partir do sonho dos pacientes. Ao contrário de outros deuses com suas personalidades complexas, Asclépio deve seu estatuto e sua popularidade a uma única função particularmente importante para os homens: a cura de doenças. Asclépio foi então entregue aos cuidados do Centauro Quíron, que o criou e educou no monte Pélion, tido como um local aprazível e regenerador, onde fez inúmeros progressos chegando mesmo a ressuscitar os mortos. Tem pela alteração da ordem do mundo, a pedido de Plutão, Zeus fulminou-o com um raio; mas, com o Héracles, Asclépio foi divinizado.

Em princípio eram-lhe atribuídos dois filhos, médicos com o Asclépio, mencionados na Ilíada. De sua união com Epíone, nasceram pelo menos quatro filhas: Aceso ("a que cuida de"), laso ("a cura"), Panacéia ("a que socorre a todos") e Higia ("a saúde"). A origem do mito do deus-herói Asclépio é muito antiga, originária de Trica, na Tessália, Asclépio fixou-se em Epidauro onde Apolo (que também era tido com o deus da cura) imperava com seu culto, desenvolvendo ali um a verdadeira escola de medicina, cujos métodos eram predominantemente mágicos, mas cujo desenvolvimento (em alguns ângulos, espantoso para a época) preparou o caminho para uma medicina bem mais científica nas mãos dos chamados "Asclepíades" . descendentes de Asclépio, cuja figura mais célebre foi o grande Hipócrates, da escola de Cós.

Asclépio participa da natureza humana e da natureza divina, simbolizando a unidade indissolúvel que existe entre ambas, assim com o caminho que conduz de uma para outra. A importância dos sonhos dos pacientes, para os Sacerdotes: ação de deitar-se, de dormir, no Ábaton (Santuário). O deus vinha visitar os pacientes e as descrições dos sonhos pelos enfermos eram interpretadas pelos Sacerdotes que, em seguida, passavam a receita. Era o que se pode chamar de mântica por incubação. Com a experiência adquirida e o decorrer do tempo, as curas por meio de ervas e as cirurgias trouxeram suas contribuições, porém a cura integral era fruto da metanóia.

Os santuários de Asclépio, com destaque para Epidauro, eram também os centros culturais e de lazer. No santuário dessa divindade em Epidauro havia um Odéon, um pequeno teatro fechado onde se ouviam poetas e música; um Estádio para as competições esportivas, que se realizavam de quatro em quatro anos; um Ginásio para exercícios físicos; um Teatro, o mais bem conservado do mundo grego, construído no século IV a.C . pelo grande arquiteto Policleto, o Jovem; uma Biblioteca e numerosas obras de arte. O homem primitivo curava seus males mediante ações instintivas e técnicas empíricas intuitivas. Pode ser considerada psiquiatria primitiva – não havia separação nítida entre sofrimento mental e físico. A medicina progrediu à medida que o homem foi se libertando gradualmente dessas teorias animistas, substituindo por outro tipo de causalidade – não psicológica e aplicável também à natureza inanimada.

Com o desenvolvimento da medicina: substituição das ideias primitivas da causalidade motivacional na natureza pelo reconhecimento de certas regularidades no mundo natural. Fundamentos do pensamento científico substituídos na Idade Média pelo retorno das tendências demonológicas e mágico-religiosas. A partir da Renascença é que o pensamento científico conseguiu o verdadeiro predomínio. Está implicitamente sugerido que que a luta continua hoje e que o reducionismo do modelo biomédico seria o reflexo de um funcionamento que, de forma não percebida, guarda relações com o modelo mágico- o responsável pelo

funcionamento ou pela doença mental não seria mais um demônio, mas uma química cerebral perturbada, e não as próprias experiências de vida da pessoa.

Descartes

Influência do paradigma cartesiano sobre a construção do modelo biomédico. Descartes: separação radical entre mente e corpo. Distinção entre interno e externo, entre os estados psíquicos vivenciados e os acontecimentos corporal no espaço, abre caminho para estruturação de diferentes métodos de abordagem. Corpo: apartados da complexidade dos fenômenos psíquicos e submetidos ao enquadre mecanicista – decomposição do complexo de suas partes mais simples. Estados psíquicos: remetidos ao cuidado religioso ou especulação filosófica.

Modelo Biomédico e a Formação Médica

Tarefa médica concentrada na dimensão biológica, com exclusão dos aspectos psicossocioculturais. Objeto da medicina: máquina biológica / tecnicismo e superespecialização com perda da visão integral do ser humano e dos cuidados – resultados desse posicionamento - não há crítica indiscriminada ou holismo ingênuo. Manter a perspectiva integral do ser não pode ser confundida com a ideia de que tudo deve ser abordado simultaneamente - acreditar que a especialização é um mal em si, é algo TOTALMENTE fora da realidade e incompatível com qualquer possibilidade de evolução humana.

A especialização é uma necessidade fundamental para o crescimento e a evolução de todos os campos de conhecimento. O problema da especialização surge quando ela vem acompanhada de uma peculiaridade que a perverte em algo distinto: perversão da especialidade = especialismo.

Mito de Procusto: intolerância às diferenças

Procusto um bandido gigante que armava uma arapuca para seus “visitantes”, em sua casa tinha uma cama feita de ferro, que tinha exatamente a sua medida. Os viajantes que passavam pela serra de Elêusis eram “convidados” a se deitarem na cama de Procusto. O bandido, então, amarrava a sua vítima naquela cama. Se a pessoa fosse maior do que a cama, ele simplesmente cortava fora o que sobrava. Se fosse menor, ele a espichava e esticava até caber naquela medida. A deusa Atena incomodada pelo clamor das vítimas de Procusto vai procurar o malfeitor e tenta convencê-lo a mudar de atitude, mas fica estarrecida quando ele argumentou que estava fazendo o correto, pois sua cama estava apenas fazendo justiça acabando com as diferenças entre os homens. Mas, não é a diversidade uma característica de homens e mulheres?

Então, por que insistir em obrigar homens e mulheres a viverem segundo os mesmo padrões e ideais, forçando-os a ajustar suas vidas aos conceitos pré-estabelecidos? Fazendo isso em nome de Deus. E, em nome de fazê-los felizes. O gigante bandido e intolerante da mitologia grega está sempre à solta em nosso mundo. Seu espírito aparece sempre que o homem mutila o outro, senão fisicamente, mas psicologicamente, quando este não se enquadra em seus padrões estabelecidos. esse mito nos apresenta o famoso leito de Procusto, que tenta reduzir as suas próprias medidas tudo o que se coloca em seu caminho

Esse leito é familiar e cotidiano a todos nós – no papel de vítima quanto de algoz - violência das ideias preconcebidas, travestidas em teorias científicas, mutilação da realidade por atitudes reduzidas, ideias salvadoras que reinterpretam o mundo e tentam adequá-lo a sua perspectiva etc.

No especialismo temos em plena atividade o complexo de Procusto: tenta-se conformar os fenômenos à visão própria da especialidade, com perda do contato com o todo. O problema é a fragmentação rígida e estática que bloqueia o trânsito entre diferentes áreas e aspectos envolvidos-físico e psíquico são campos distintos e complementares de conhecimento e investigação - isso em si não é um problema. A questão é quando essa separação assume uma feição radical, transformando - se em outra coisa, mais próximas às crenças e dogmas.

O resgate do psíquico é sempre tendo em vista a complementaridade que foi sendo construída pela contribuição de várias áreas de conhecimento que possibilitaram a formação de um modelo alternativo ao modelo biomédico: o modelo biopsicossocial.

O Resgate do Psíquico e a construção do modelo biopsicossocial

O resgate da abordagem do psíquico no campo médico e científico ocorre, em grande medida, a partir de movimentos que têm lugar à margem das instituições, sendo a psicanálise o campo mais expressivo dessa retomada no século XX. Freud instigado a investigar ligação misteriosa entre mente e corpo, procurando as fundações para os fenômenos mentais e abrir possibilidades de tratamento efetivo para os pacientes cujos sintomas eram enigmáticos e desconcertantes para a medicina da época.

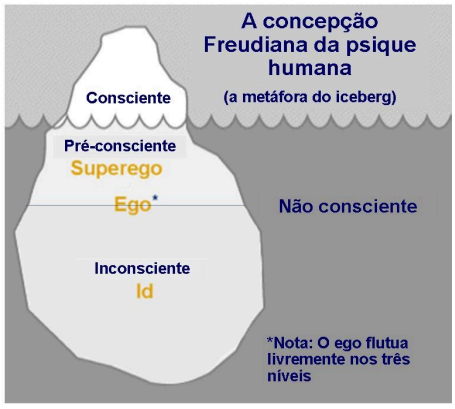
19 de agosto de 2021

Introdução à Psicanálise

Histórico

Primeiros pacientes de Freud: “Pacientes-Problema”. Papel do inconsciente, relação médico paciente, transferência e contra referência. Com a ascensão do nazismo, muitos psicanalistas emigram para outros lugares. Conferência de Freud na Clark University (1909) - desperta grande interesse em psicanálise. IPA (Sociedade de Psicanálise). Entrada da psicanálise na academia.

Contribuições da Fundação Rockefeller – área médica presidida por Alan Gregg (Harvard), que assistiu às conferências de Freud-Alexander (Hungria), médico, psicanalista responsável pela introdução da psicanálise nas escolas de medicina. Michael Balint (1896 - 1970), médico, (analisado por Ferenczi), trabalhava no departamento de medicina em Budapeste. Desenvolve pesquisas em psicossomática e criou o primeiro grupo de treinamento e pesquisa com médicos. Grande interesse na relação médico - paciente - 1932 criou o primeiro grupo de treinamento e pesquisa com médicos em Budapeste, buscava incorporar na prática médica as ideias psicanalíticas. “o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, efeitos colaterais e toxicidade.” Em 1960, o casal Balint percorre a Europa disseminando seu trabalho com grupos de médicos. (conhecidos como “grupos Balint”), que se espalharam pelo mundo todo.



Conceitos

Instâncias psíquicas: Idi (isso - substância psíquica que fica mergulhada no inconsciente, baseia-se no princípio do prazer), ego (faz a conexão do mundo

interno com o externo - pré-consciente) e superego (trás as normas e as regras sociais, atua em todos os três níveis de consciência). Por vezes, conteúdos do inconsciente tentam passar para o pré-consciente ou o consciente, mas são impedidos pela força de resistência (mecanismo de defesa). Com a hipnose, as forças existenciais ficam afrouxadas e consegue-se acessar o inconsciente.



Conceito de Histeria: manifestações físicas, cuja origem se dá na psiqué humana. Uma das propostas de tratamento por Bertha Pappenheim seria a "Talking cure" ("a cura pela fala"), por meio da interrupção do ciclo da hipnose. A Hipnose é uma alteração/afrouxamento de consciência. Não pode ser feita por meio de um único método. Há também outras formas de acesso ao inconsciente:

- **Associação livre**: a pessoa fala tudo o que vem à mente.
- **Sonhos**: expressam a linguagem direta do inconsciente.
- **Atos falhos**: foi possível a realização de um desejo, o que escapou das forças de resistência. Exemplos: troca de datas, inconscientemente, para não fazer uma prova, por exemplo.

Transferência: é um fenômeno humano, que ocorre entre todas as pessoas e pode manifestar-se como uma atitude/comportamento positivo ou negativo, mas que não é relacionado à pessoa real. É uma atualização de experiências pretéritas, sem que a relação atual justifique isso. Há questões que podem disparar essas transferências. Pode ocorrer também a transferência idealizada, como no caso dos profissionais da saúde também, o que acaba ocasionando confiança extremada e decepções desnecessárias. A transferência positiva possui aspectos bem mais reais e saudáveis. Já a negativa, há a transferência de desamparo, desconfiança, incredulidade, entre outros. **Contratransferência**: o médico observa a si mesmo, suas emoções e tenta entender como a questão transferencial o afetou.

A **projeção** é um mecanismo de defesa do ego, enquanto a **transferência** não é um mecanismo de defesa do ego, é um fenômeno humano presente nas relações. Por exemplo, uma manifestação hostil do paciente na direção do médico no primeiro encontro de ambos pode ser resultado de um contato ruim que o paciente teve com outro profissional e agora transfere a essa relação atual sentimentos que desenvolveu por outro médico e não por este especificamente. A relação atual não justifica esse comportamento ou sentimento. Portanto, transferência é uma atualização de experiências pretéritas.

23 de setembro de 2021

Subjetividade humana

A constituição do psiquismo (da sensação ao afeto)

Desde o nascimento, diversas sensações vividas deixam suas marcas no corpo. Segundo Freud, o ego é antes de tudo corporal, ou seja, o desenvolvimento do psiquismo se dá a partir do corpo. Os registros sensoriais tátil, olfativo, gustativo, auditivo e visual formam as bases tanto para a organização física quanto para a psíquica. O psiquismo é constituído por imagens sensoriais, ideias e afetos. A partir das experiências vivenciadas, percebemos o mundo e a nós mesmos por meio dos cinco sentidos. Essas experiências ficam registradas no corpo e no psiquismo como imagens visuais, auditivas, olfativas, gustativas e táteis. Por exemplo, para lembrar-se de um evento ocorrido em sua vida, Graça fecha os olhos e reproduz imaginariamente aquele primeiro beijo tão esperado de Pedro, seu paquera há meses. Imediatamente, aparece em sua mente a cena visual, a posição dos corpos e as roupas que usavam; lembra da melodia, da música que tocava ao fundo na balada, do cheiro, do perfume que Pedro usava. Enfim, Graça reativa, mentalmente, a experiência sensorial da

vivência amorosa. Essas são as imagens sensoriais registradas no psiquismo, constituindo, assim, traços de memória. E a essas imagens lembradas por Graça corresponderão afetos como paixão, tensão de expectativa, amor, insegurança etc.

A inscrição das imagens no psiquismo se dá desde o nascimento, ou, segundo as pesquisas mais atuais, desde a vida intrauterina. O bebê percebe a mãe por meio dos sentidos, de seu tom de voz, de seu cheiro, de seu tônus muscular, de sua expressão corporal e do gosto de seu leite. A partir desses estímulos sensoriais, o bebê é tomado pelo clima emocional da mãe. Durante a amamentação, o bebê, a partir de todos esses estímulos sensoriais, absorverá o clima emocional ansioso da mãe. Ou, se a mãe encontra-se deprimida, ela não responderá de pronto ao choro do bebê pela mamada, e essa demora pode quebrar a confiança do bebê nas pessoas, confiança de que poderá contar com o outro quando precisar. As ideias são expressas por palavras, pela linguagem. O bebê desenvolve a linguagem com a ajuda da mãe. Conforme a mãe percebe as necessidades e angústias de seu bebê, ela o ajuda a nomear o que sente. Falas do tipo “você está com fome”, “você está com manha, querendo um colinho” ou “você está triste com a mamãe porque ela foi trabalhar e te deixou aqui”, etc., vão traduzindo para o bebê aquilo que ele sente, ensinando-o a dar nomes a suas sensações e emoções.

As palavras em uma sequência encadeada de vocábulos e considerando o sujeito que as pronuncia de acordo com sua história pessoal e sua expressão não verbal, podemos atribuir um significado a elas. A metáfora “o hospital é a minha segunda casa” torna-se, portanto, ambígua, pois pode ter significados diferentes e por vezes contraditórios. Trata-se de significados afetivos que expressam o estado de espírito, o estado emocional de quem fala. Por exemplo, um estudante de medicina que se sente bem no hospital, ao pronunciar essa frase, o fará com prazer. Por outro lado, quando dita por um paciente internado pode despertar outro sentimento, indicando decepção por sempre ter que retornar ao hospital.

Defesas contra angústia

É possível afirmar que o psiquismo é constituído por ideias e afetos ligados a essas ideias. Todo acontecimento vivenciado pelo sujeito imprime em seu psiquismo um traço de memória e carrega um significado afetivo. Porém, nem sempre a ideia e afeto são compatíveis. Por exemplo, um paciente pode nos contar sorrindo que está com câncer. Notamos imediatamente um descompasso entre a ideia que nos relata – câncer –, e o afeto com que nos revela – sorriso. Ou, ainda, um paciente pode nos contar que está com uma simples gripe, e chorar muito, se desesperar, achando que vai morrer de câncer no pulmão. Novamente, a ideia da gripe vem carregada de um afeto excessivo, incompatível com a realidade. A realidade psíquica desse paciente apresenta uma fantasia de morte que não é razoável diante de uma mera gripe. Segundo Freud, realidade psíquica é aquilo que para o sujeito assume valor de realidade no seu psiquismo, a qual, não raramente, é oposto à realidade material. Um exemplo bastante atual de realidade psíquica encontra-se nos casos de anorexia, em que a pessoa se acha gorda mesmo possuindo um corpo muito magro. Apesar de saber que pesa 40 kg, ela se sente gorda e continua fazendo regime. Assim, a imagem corporal psíquica é distorcida, e a realidade psíquica não condiz com a realidade material. A realidade psíquica é elaborada a partir do mundo interno do sujeito. Registros, memórias e lembranças contribuem para construção da realidade psíquica. Quanto mais próxima a realidade psíquica estiver da realidade material, melhor.

Mecanismos de defesa, segundo a Psicanálise

Nosso ego começa a ser formado desde o nascimento e no bebê, o ego ainda é rudimentar. O ego estabelece ligação entre o mundo interno e o mundo externo. Os mecanismos de defesa defendem o ego de elementos

desconfortáveis. Podemos definir o que Freud chamou de “mecanismo de defesa” como um conjunto de operações cuja finalidade é reduzir, suprimir qualquer modificação suscetível de colocar em risco a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico. Em outras palavras, sempre que nos sentimos ameaçados por alguma coisa ou situação que possa causar danos físicos ou emocionais, lançamos mão de algum mecanismo de defesa. Entre os mecanismos de defesa do ego existentes, destacamos a negação, o recalque, a projeção, a racionalização e a formação reativa.

Defesas Negativas

Negação

É um mecanismo de defesa do ego. Frente à angústia, a pessoa nega a realidade ou parte da realidade dolorosa. A negação pode, ainda, referir-se à negação de um pensamento ou desejo interno. Por exemplo, no caso de um paciente que nega por anos ser HIV+, trata-se de negação disfuncional. Tem um funcionamento inconsciente, não é uma questão de escolha.

Recalque

No recalque, há uma ideia que é incompatível, desconfortável que é separada da consciência, do contato com o ego e é levada ao inconsciente. É um mecanismo de defesa que pode causar histeria. Freud observou o recalque em uma das suas pacientes, a qual foi devota nos cuidados do pai quando este ficou doente e desistiu de um namorado para cuidar do patriarca e esse namorado era seu cunhado. Foi aí que surgiu o primeiro sintoma histérico: a dor na coxa direita. A explicação do fenômeno é que ela recalcou toda a ideia erótica que alimentava para longe de sua consciência. Como bem sabe, reprimir ou esconder desejos na Psicanálise se torna um combustível para o desenvolvimento de traumas. No caso dela, transformou o afeto e lascívia em sensações físicas de dor no local de apoio do pai.

Projeção

A projeção é uma operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos e desejos que ele desconhece ou nega. O indivíduo não reconhece em si o sentimento. Assim, o paciente que não reconhece o medo que sente diante de sua doença pode virar-se para sua esposa e dizer que ela sente muito medo diante de seu quadro de saúde. O medo é um sentimento incômodo, que ameaça a constância psicológica do paciente. Para se livrar desse incômodo, o paciente o projeta nas pessoas próximas, inclusive em seu médico.

A reação emocional do médico diante disso pode ser, por exemplo, ficar inseguro quanto ao tratamento que está prescrevendo. O médico fica “tomado” pelo medo e pela insegurança do paciente. Se o profissional se dá conta do que sente e de que essa reação emocional está associada ao paciente, ele pode “guardar” esse sentimento, e, quando perceber que o paciente está mais tranquilo, pode falar do quão assustador é ficar doente e ter de enfrentar tratamentos invasivos que o impedem, muitas vezes, de tocar sua vida.

Em relações amorosas é comum ocorrer projeção, em que ambos projetam no outro suas idealizações de parceiro e acabam enamorados pela sua projeção. Com o passar do tempo alegam que o parceiro é diferente do que imaginavam, mas o fato é que provavelmente a projeção está se desfazendo. A pessoa que está recebendo a projeção, não está sendo vista como ela realmente é.

Formação Reativa

A formação reativa trata-se de uma atitude psicológica (inconsciente), uma reação de sentido oposto a um desejo, sentimento ou situação insuportáveis. Por exemplo, se o sujeito se sente fracassado por estar doente ou ter sido abandonado pela esposa, em vez de falar desses sentimentos incômodos e desagradáveis, fala de suas vitórias e conquistas.

É importante salientar que, como o próprio nome diz, mecanismo de defesa serve para defender o sujeito de possíveis angústias. Assim, se o paciente utiliza um mecanismo de defesa é porque não aguenta a angústia despertada pela situação, e devemos respeitar isso. Não adianta dizer ao paciente que ele sente medo e projeta isso na esposa. Devemos apenas perceber que ele tem medo e encorajá-lo a enfrentar sua situação. Todos nós usamos mecanismos de defesa nas situações aflitivas da vida, e, dependendo do grau e da intensidade da defesa, ela pode ser adaptativa ou negativa. A defesa adaptativa é utilizada por um período, enquanto a defesa negativa reflete verdadeira dificuldade em se adaptar.

Defesas Adaptativas

Racionalização

Um outro mecanismo de defesa é a racionalização, é muito comum pacientes informarem-se dos mecanismos fisiológicos da doença, estudar aspectos técnicos dos tratamentos, enfim, apegar-se a questões racionais que propiciam uma sensação de controle diante do desamparo causado pelo fato de estarem doentes. A esse mecanismo chamamos racionalização.

Sublimação

Trás uma possibilidade de o ego poder satisfazer um desejo de uma via socialmente aceita. Não consiste no aprisionamento do conteúdo. Ex: um garoto de 5 anos começa a espiar mulheres se trocando pela fechadura da porta. O superego faz uma repressão. O garoto cresce e o que fica no seu inconsciente faz com que ele se torne um fotógrafo da playboy (uma via socialmente aceita). Outro exemplo seria de uma mulher que teria dificuldade para engravidar, que acaba adotando uma criança (se isso realmente satisfaz o seu desejo de ser mãe e é aceito socialmente).

Integração do estudo e do treinamento das Aptidões Psicológicas nos Currículos

- O desafio da integração da dimensão psíquica no currículo médico tem recebido numerosas respostas e soluções ao longo do tempo.
- Diferentes autores sobre a necessidade do preparo dos médicos em suas aptidões psicológicas

Psicologia Médica

Forma de psicologia cuidadosamente planejada para os propósitos médicos, cuja finalidade é o treinamento das aptidões psicológicas desses profissionais, independente de sua especialização

Na Europa já no século XIX houve a introdução da psicologia médica no currículo. Em 1918, na França: é insistente a necessidade de inclusão da psicologia médica como disciplina regular do curso médico. Na mesma época, na Alemanha, é lançado o Tratado de psicologia médica. Já em 1911, nos Estados Unidos, a

proposta de ensino de psicologia era tão essencial para os estudantes de medicina quanto anatomia, farmacologia, cirurgia, clínicas. Nesse sentido, em 1957, a "University of Oregon Medical School" foi a primeira escola médica a criar o departamento de psicologia médica. -

Freud (1919): chamava a atenção para os cursos que começavam a ser incorporados ao ensino médico, demonstrando preocupação de que seu conteúdo e objetivo acabassem limitados à psicologia acadêmica em modelos de psicologia experimental, tornando-se insuficientes para atender seu propósito de conduzir os estudantes à compreensão dos problemas humanos em geral e os de seus futuros pacientes. Essa é uma questão que se mantém até hoje: como incorporar ao campo do ensino médico a abordagem da dimensão psicológica? Que conhecimentos são necessários? Que habilidades devem ser incorporadas pelo profissional para lidar com esses aspectos?

No Brasil, a disciplina de Psicologia Médica da FMRP foi a primeira do País em um curso médico, sendo então oferecida ininterruptamente desde 1956. Três décadas antes de sua obrigatoriedade nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina no Brasil.

26 de agosto de 2021

A Psicologia Médica como estudo da relação e da comunicação

Schneider: a relação médico-paciente é o objeto privilegiado da psicologia médica, incluindo conjunto de conhecimentos que toma corpo e desemboca em uma prática centrada no homem enfermo, suas reações à enfermidade e na relação psicológica com seu médico

Tarefa da psicologia médica: que o futuro médico possa compreender melhor o paciente a quem trata, os aspectos psíquicos desse paciente que estarão presentes em qualquer que seja sua afecção, as considerações teóricas e a etiologia da enfermidade. A psicologia médica se interessa pelas relações psicológicas de todo endermo acometido por uma ou outra afecção e, sobretudo, tende a fornecer ao clínico ou qualquer especialista esclarecimentos quanto ao que ocorre entre ele e seu paciente

Comunicação

Há uma tendência mundial nas dimensões do ensino, investigação e práticas no campo da saúde, uma ênfase no tema da comunicação. Criação de série de programas de treinamento e avaliação de habilidades de comunicação. Tais habilidades cada vez mais passam a ser exigidas tanto nas avaliações na graduação, quanto para o ingresso na carreira → em exames nacionais e internacionais.

No Brasil, as avaliações não se restringem ao conhecimento teórico, incluem provas práticas visando testar as habilidades e atitudes, sendo que a dimensão comunicacional tem estado cada vez mais presente; a forma como o estudante e/ou profissional observam e interagem com o paciente, a comunicação de más notícias, habilidade para estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente, entre outras.

É fundamental um preparo na formação médica para instrumentalizar com conhecimento da pessoa e o manejo das situações que se apresentam no campo relacional e comunicacional

Modelos de comunicação e Comunicação em saúde

A comunicação não se dá apenas por via oral, também por meio das características físicas, trocas químicas. A comunicação humana como tema central. Modelo de transmissão (transferência de significado - modelo clássico da comunicação). Emissor possui uma ideia ou percepção que codifica em uma mensagem. A mensagem é decodificada pelo receptor, que produz em feedback. Se a comunicação for bem sucedida em uma transferência de significado.

Modelo constitutivo - demonstra como a comunicação do senso comum e enganosa é aplicável apenas ao domínio físico das comunicações.

A comunicação humana, na medida em que envolve subjetividades e interpretação, não coaduna com uma comunicação baseada em uma simples transferência de informações e significados. Um significado não é realmente transmitido e esse significado é função da dinâmica relacional e constitui o próprio processo de comunicação.

Avançando mais nesse modelo - há o papel ainda mais central da comunicação no desenvolvimento humano: a própria constituição do sujeito. Ou seja: Não só a comunicação se constitui no processo de comunicar, mas o próprio sujeito, assim, a comunicação, constituída pelos sujeitos no processo de comunicar, é o processo constitutivo das subjetividades. “Ego é antes de TUDO corporal” - Freud

Comunicação e humanização

Conceito de humanização

Significado: ato ou efeito de humanizar(-se), de tolerar (-se) benévolo ou mais sociável. De um lado: os que tendem a banalizar o terno a algumas regras básicas de educação e cordialidade - “claro que é importante ser humano com os pacientes. É preciso ser educado e atencioso”. De outro lado: profissionais que se revoltam quando se fala em humanização - “humanizar o que? por acaso já não somos humanos?” na verdade, não nascemos humanizados, e o processo de humanização está longe de ser simples (envolve a construção do sujeito em sua realidade física e mental por meio da sedimentação da evolução cultural, tudo o que a cultura alcançou em sua evolução ao longo dos anos, da história é transmitido pela relação e pela comunicação).

A relação e comunicação se dá desde o nascimento. O que oferece muitas janelas de oportunidades para o desenvolvimento, que, quando perdidas, são difíceis ou mesmo impossíveis de recuperar. Fica evidente como é imprescindível a relação e a comunicação para o desenvolvimento.

Os padrões vinculares e a constituição do sujeito

A base constitutiva do sujeito é sempre relacional, o que incorporamos são sempre relações. Internalizações de relações (padrões comucacionais. para construção do sujeito.

Exemplo 1: bebê chora e a mãe imediatamente se prontifica a assisti-lo, procurando decifrar a qualidade do choro. Conforta-o, conversa em “manhês” (com suas sonoridades peculiares). Pode conseguir identificar a necessidade do bebê, pode acertar por tentativa e erro, sem desespero, busca soluções até que consegue satisfazer o bebê que se acalma e interrompe o choro.

Exemplo 2: A mãe diante do choro do bebê é tomada por desespero e, ansiosamente, procura se livrar daquela situação. A ansiedade da mãe potencializa a ansiedade da criança, criando uma retroalimentação recíproca (a ansiedade da mãe aumenta a ansiedade da criança que, por sua vez, aumenta a ansiedade da mãe). Após um tempo variável de permanência nessa vivência intensamente aflitiva, a situação culmina na interrupção do choro.

Nesses 2 exemplos o bebê parou de chorar, mas do ponto de vista da experiência e da construção da realidade interna do bebê, existe uma diferença crucial. No **exemplo 1**, a experiência produziu os seguintes registros internos (introjeções): existe algo ameaçador na vivência do bebê (estado de terror-sem-nome), mas existe algo capaz de ficar em contato com esse estado e oferecer continência, discriminando e atendendo as necessidades. Esse padrão relacional vai gradativamente sendo incorporado pela criança, permitindo que ela possa evoluir do ponto de vista emocional, identificando e nomeando, de modo progressivo, suas necessidades (fome e sede) e as diferenças nuanças emocionais (ódio, tristeza e amor).

No **exemplo 2**, a situação é completamente diferente. O que ele incorpora é que não existe continência para seu estado de terror-sem-nome. Repetições dessa experiência, a tendência, tendo em vista a sobrevivência, será a de tentar efetuar o bloqueio e a exclusão dessas emoções da vida mental. Como consequência, a vida mental vai ficando empobrecida, e essas emoções, em estado latente, permanecerão em sua configuração primitiva, podendo se manifestar de forma sintomática ao longo da vida.

Os conceitos de continente e contido e réverie (psicanalista Bion) tratam dessa capacidade materna para participação no processo que contribuiu para promover a mentalização das vivências pela criança. **Réverir materna** (capacidade de tolerar os estados de terror-sem-nome do bebê, contendo e transformando essas emoções, de forma que a criança sinta que está recebendo de volta a sua temida personalidade de uma maneira que lhe é agora mais tolerável) desempenha para o bebê a função e a habilidade para modificar e transformar suas ansiedades e tensões, permitindo que a mãe e a criança integrem o processo que será o protótipo do pensamento da criança e que continuará a se desenvolver durante a vida.

Essa capacidade materna é estendida para capacidade do analista em seu trabalho com o paciente e ampliada para as situações da vida em geral. Há uma distinção entre uma situação em que o crescimento psíquico ocorre desligado de sua base emocional e outra, em que o crescimento vem acompanhado de uma evolução emocional. **Consequência**: distinção entre humanização ancorada em uma base real e uma humanização real", existe um contrato e uma evolução por meio da transformação da base psíquica do ser. Na **humanização estereotipada** (tema relevante para uma época em que há uma acelerada desconstrução de relação intersubjetiva em prol de um eficientismo que garante inclusão e sobrevivência), existe um desligamento do ser que abre as portas para a incorporação de padrões estereotipados de conduta. São padrões ditados pré-moldados e não constituídos, que promovem uma estruturação da personalidade.

No centro do palco, temos os distúrbios de identidade ("falso self"), personalidade "como se" - processo de estruturação de uma identidade superficial e inautêntica, desligada de sua base real.

Natureza e cultura

Ser humano, ao nascer apresenta imaturidade e maior plasticidade de forma que seu desenvolvimento é amplamente condicionado pelos estímulos aos quais é exposto). É essa característica que o torna amplamente adaptável. As evoluções culturais transmitidas à criança podem ser divididas em técnicas (éticas, estéticas e

emocionais). Os sentimentos morais e a empatia desempenham importante papel no desenvolvimento da conduta moral.

Como se constrói a dimensão moral da humanidade? Na construção do desenvolvimento moral e emocional, o que é incorporado pela interação por meio da comunicação, são padrões relacionais que vão se estruturando ao longo da vida. Alguns desses padrões podem ser mais facilmente transformados e/ou substituídos, enquanto outros são mais difíceis ou mesmo impossíveis de serem modificados. A qualidade psíquica não consiste em não passar por problemas, mas sim saber lidar da melhor forma possível com eles.

02 de setembro de 2021

Comunicação em Saúde

No campo da saúde a comunicação ocupa posição de destaque, com inúmeras pesquisas e ação da relação entre os profissionais da saúde, pacientes e familiares. Por que tanto interesse? Por conta da comunicação médico-paciente:

- Interesse em melhorar habilidades para: explicitar as histórias e as preocupações dos pacientes, informar a eles sobre as condições e necessidades de tratamento. Inúmeras pesquisas nesse campo para ensino e aperfeiçoamento das habilidades de comunicação dos médicos.
- Aumento do conflito entre médicos e pacientes, com uma população mais consciente sobre seus direitos de “consumidor” passou a desafiar a autoridade médica e a tratar a relação médico-paciente com mais uma relação de consumo, e não como uma relação “sagrada” e exigir veneração e deferência. Tal mudança provocou grande alarme entre os médicos, particularmente, em função do aumento do número de processos por má prática.
- Mercantilização dos cuidados em saúde. Busca por identificar as formas de interação que aumentava, a satisfação do pacientes

As pesquisas também apontam que diferentes padrões de comunicação tiveram efeito na evolução e nos cuidados dos pacientes. Hoje é amplamente postulado que a comunicação médico-paciente é um elemento crítico para a alta qualidade dos cuidados em saúde. Uma vez que influencia a habilidade dos pacientes em lembrar as recomendações dos médicos, adquirir satisfação e aderir a tais regimes de tratamento, e mesmo alcançar evoluções biomédicas de saúde favoráveis.

A comunicação pobre entre médicos e pacientes interfere na habilidade do paciente para entender suas opções, lidar com a ansiedade causada pela doença e tomar decisões informadas sobre os próximos passos diagnósticos e terapêuticos a serem tomados. Estudos de investigação a respeito da satisfação dos pacientes, verificaram que aqueles que recebem mais informações estão mais satisfeitos do que os que recebem menos informações. Realidade vivida por profissionais da saúde tanto no setor privado quanto no público.

Médicos também experimentam frustração com pacientes que têm dificuldades para discutir seus sintomas, expressar suas preocupações e compreender as recomendações. Comunicação entre profissionais da saúde (extrema relevância, pois interfere na continuidade dos cuidados). Importância do investimento na comunicação entre profissionais, especialmente, entre médicos hospitalistas e médicos de atenção primária (estudo com 4.155 médicos sobre satisfação e preferência com relação à comunicação, aponta para 56% dos médicos satisfeitos.

Pesquisa - comunicação médico-paciente e evolução favorável - resultado: associação positiva: aspectos primários (ex.: redução de sintomas ou da medicação, melhora da pressão sanguínea ou nos níveis de açúcar no sangue, diminuição do tempo de recuperação cirúrgica, melhora do estado geral de saúde), como nos secundários (ex.: satisfação dos pacientes com os cuidados médicos, lembrança de informações sobre o diagnóstico e tratamento, aderência ou cooperação com as prescrições médicas) - pesquisas: influência da boa comunicação na evolução.

Confirmação de ligações entre comunicação e evolução mais favorável - desenvolvimento e avaliação de programas de intervenção para melhorar as habilidades de comunicação, tanto profissionais da saúde como dos pacientes.

Treinamento em habilidades de comunicação para auxílio dos profissionais a detectar e lidar com o estresse emocional dos pacientes, melhorando o processo e a evolução dos cuidados, sem alongar o tempo da consulta. O treinamento melhorou as atitudes e a confiança na sensibilidade psicológica, ajudando o médico a lidar com os pacientes que apresentavam somatizações.

Comunicação em Saúde e os Meios de informação e Comunicação

Paciente informado-para uma boa comunicação, a contribuição do paciente é essencial. Nos EUA, programa "How to talk to your doctor" - diferentes programas que visam educar pacientes a fornecer informações sobre a sua saúde de forma mais eficaz e a participar mais ativamente das decisões sobre seus tratamentos, ensejando cuidados que reflitam de modo mais seus valores pessoais e preferências. Na Inglaterra – (programa do paciente especialista) – treinamento destinado a oferecer a pessoas que convivem com condições crônicas de saúde, oportunidades de desenvolver habilidades que propiciem aumento do controle sobre tais condições, levando a uma melhor qualidade de vida. Sobre a questão dos pacientes bem informados: os profissionais querem pacientes mais bem informados?

Uma investigação com profissionais da saúde constatou que 63% dos médicos pensavam que, a longo prazo, pacientes mais bem informados iriam requerer mais de seu tempo. Para esses médicos ansiosos e sobrecarregados, o paciente especialista é aquele que gera demandas, que é insensato, que consome tempo ou que sabe tudo. O desejável para uma boa relação entre profissionais e pacientes é construir uma mentalidade em que pacientes especialistas sejam percebidos como algo diferente do estereótipo do consumidor insatisfeito de classe média.

O objetivo do programa não é tornar paciente com doença de Parkinson em neurologistas amadores, ou pessoas com artrite em reumatologistas como passatempo; e assim deixá-los preparados para desfiar e competir com seus médicos. Esses programas seriam para ênfase no desenvolvimento de confiança e habilidade para melhorar a qualidade de vida e o trabalho em parceria com os profissionais da saúde - outro programa com estratégia de fornecer um folheto com treinamento em habilidades de comunicação aos pacientes 3 dias antes da consulta = meio efetivo de melhorar a participação dos pacientes, sem aumentar a média de duração da consulta.

A percepção e o manejo das questões emocionais envolvidas na relação e na comunicação profissional-paciente podem gerar conflitos diante de pacientes que buscam se informar e participar mais ativamente dos cuidados com sua saúde. Importante procurar identificar as intenções que levaram o paciente a buscar ativamente informações sobre sua saúde: maior poder para participar mais ativamente de seus cuidados, maior poder para desafiar a autoridade do profissional e angústias objetivamente desproporcionais e/ou sentimentos

hipocondríacos. Passo seguinte: procurar identificar as reações que eles provocam. Como reage diante do paciente que quer participar mais ativamente? Considera que a participação efetiva do paciente no tratamento é um direito deste?

Para uma boa comunicação, a contribuição do paciente também é essencial. Algumas iniciativas têm tentado capacitar os pacientes e ampliar sua participação na consulta. Nos EUA, há vários programas denominados “How to talk to your doctor”. Diferentes programas visam educar pacientes a fornecer informações sobre sua saúde de forma mais eficaz e participar mais ativamente das decisões sobre seus tratamentos, ensejando cuidados que reflitam de modo mais acurado seus valores pessoais e preferências.

Na Inglaterra - (programa do paciente especialista) - treinamento destinado a oferecer pessoas que convivem com condições crônicas de saúde, oportunidade de desenvolver habilidades que propiciam aumento do controle sobre tais condições, levando a uma melhor qualidade de vida.

Sobre a questão dos pacientes bem informados: os profissionais querem pacientes mais bem informados? Uma investigação com profissionais da saúde constatou que 63% dos médicos pensavam que, a longo prazo, pacientes mais bem informados iriam requerer Mais de seu tempo. para esses médicos ansiosos e sobrecarregados, o paciente especialista é aquele que gera demandas, que é insensato e que consome tempo ou que sabe tudo.

O desejável para uma boa relação entre profissionais e pacientes é construir uma mentalidade em que pacientes especialistas sejam percebidos como algo diferente do estereótipo do consumidor insatisfeito de classe média. O objetivo do programa não é tornar o paciente com doença de Parkinson em neurologistas amadores, ou pessoas com Artrite em reumatologistas como passatempo, e assim deixá-los preparados para desafiar e competir com seus médicos.

Esses programas seriam para ênfase no desenvolvimento de confiança e habilidade para melhorar a qualidade de vida e o trabalho em parceria com os profissionais da Saúde. Outro programa com estratégia de fornecer um folheto com treinamento em habilidades de comunicação aos pacientes três dias antes da consulta = meio efetivo de melhorar a participação dos pacientes, sem aumentar a média de duração da consulta.

Um campo importante nessa formação envolve o conhecimento da pessoa em sua Constituição e complexidade, os processos comunicacionais e a influência de todas essas características e de todos os fatores no processo saúde-doença. tal conhecimento é fundamental para determinar a qualidade da relação que se estabelecerá no encontro profissional da saúde com o paciente. Dependem disso: a possibilidade de interpretação do outro e da dinâmica emocional presente na relação, a manutenção de uma postura ética e o enfrentamento dos dilemas que, inevitavelmente, se apresentam nesse campo e o cuidado com os aspectos estéticos e a compreensão de sua influência no processo saúde-doença.

É preciso aprender a entrevistar? Isso não é algo inerente ao profissional já saber fazê-lo ponto pode parecer algo "natural" que depende do "jeito" de cada um é preciso encontrar a maneira própria de entrevistar. além de conhecimentos, exercícios e técnicas capazes de otimizar o aproveitamento de uma entrevista, tanto quanto ao conteúdo como a sua condução, está o estabelecimento de um bom contato, vínculo e melhor aproveitamento do tempo.

Para o treinamento pode-se utilizar: curso, aulas teóricas, aulas práticas, discussão situacional dramatizadas. As entrevistas podem ser abertas, estruturadas ou semiestruturadas, sendo que as noções básicas de comunicação estão no emissor, receptor, ruídos e interferências.

Os fenômenos da comunicação não-verbal são fundamentais para percepção mais aprofundada do outro e da dinâmica da relação. A fase exploratória da entrevista é determinante no estabelecimento da aliança terapêutica. já a fase de tensão consiste em perguntar, escutar, falar e enfrentar os entraves próprios desta etapa.

Por fim, a fase resolutiva é o momento de informar o paciente sobre a natureza da doença evolução, prognóstico e condutas informar para melhor memorização e compreensão das orientações, facilitando a assimilação e driblando as resistências dos pacientes frente a temas como: dar más notícias, lidar com agressividade dos pacientes e com fenômeno da internet. As técnicas de negociação (envolvendo a pactuação das condutas e orientações entre os profissionais e o paciente) são apresentadas e discutidas (é direito do paciente participar e opinar sobre seu processo)

09 de setembro de 2021

Entrevista

Perspectiva biomédica: campo de interesse é o organismo e as doenças, conhecimento que permite formular hipóteses que ajudarão a direcionar a entrevista. Modelo de conhecimento da pessoa do paciente: detectar e manejar as atitudes, as defesas e as resistências (se o paciente está inibido, se está omitindo informação. se está disposto a cooperar ou não)

Perspectiva biopsicossocial: foco é a pessoa e o processo de adoecer - conhecimento do funcionamento biológico é necessário, mas não suficiente. É preciso conhecer a pessoa (dimensão biológica, social e suas interações). Mudança no propósito objetivo de investigação e de ação, isto é, a realidade do paciente que será investigada é bastante ampliada. Além dos conhecimentos da dinâmica dos mecanismos biológicos é necessário conhecer as dinâmicas dos mecanismos psicológicos e sociais e suas interações. Conhecer os dinamismos da pessoa e sua influência no processo saúde-doença

Como conhecer pessoas? Quais campos de conhecimento podem ajudar nesse fim? Ex: textos de psicologia - possível aprender sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre os momentos críticos, as regressões desse processo - alcançar uma série de conhecimentos que ajudem a detectar fatores e situações de risco que contribuem para saúde e doença. Também podemos encontrar nessa área informações que auxiliem a perceber como se sente e se comporta uma pessoa quando adoece. Ex: arte, literatura, teatro, cinema …. nos bons escritores podemos encontrar “a vida como ela é”

O clínico dizia: isto e aquilo indicam que o senhor tem isto e aquilo; mas se o exame não confirmar que o senhor tem isso ou aquilo, devemos levantar a hipótese de ter isto ou aquilo. Ivan só se preocupa com uma coisa: o que tinha era grave ou não? O doutor porém não ligava para a descabida pergunta. Do seu ponto de vista, o capital era decidir entre um rim flutuante, uma bronquite crônica ou uma infecção do ceo. Não estava em pauta a vida de Ivan, mas sim decidir pelo rim ou pelo ceco. E o facultativo, brilhantemente, resolveu, segundo pareceu a Ivan, pela conclusão científica, inferiu que as coisas andavam mal para o seu lado, embora isso fosse indiferente par o médico e talvez para todo mundo.

Desde que fora se consultar, a principal ocupação de Ivan passou a ser a execução rigorosa das determinações do clínico quanto à higiene e à ingestão dos remédios, e rigorosa das determinações do clínico quanto à higiene e à ingestão dos remédios, e a observação de sua dor e de todas as funções do seu organismo. O seu interesse concentrou-se em torno das doenças e da saúde. Quando, na sua presença, se falava de pessoas enfermas,

falecidas ou restabelecidas, mormente quando a enfermidade era parecida com a sua. Ele atentamente ouvia com mal disfarçada inquietação, fazia mil perguntas e relacionava o que diziam com o seu caso (Tolstoi, 1998, p 37)

O uso do mito de Procusto/mito de Asclépio: o mito era a expressão auto configurada da dinâmica psíquica, revelando a profundidade de elaboração sobre as diferentes questões da vida alcançadas por uma cultura. Na cultura grega (berço da filosofia) profunda sensibilidade em relação às questões humanas.

Mito de Asclépio (filho de Coronis e Apolo) e seu tutor Chiron: Asclépio (filho de Coronis e Apolo). Pela ilegitimidade do filho, Coronis tenta se casar com Isquis. Um corvo leva a notícia ao Deus, que age com mira diante do ciúme e castiga Coronis com a morte. Antes de sua morte, o filho (asclépio) é retirado do ventre de sua mãe e entrega-o a Chiron para ser educado. Chiron era um Centauro muito especial, tutor de muitos heróis e versado em várias partes, inclusive na Arte da Cura. O asclépio dedicou-se com grande perícia e entusiasmo A Arte da cura dos vivos e também quis ressuscitar os mortos. Zeus atendeu as queixas de Hades (rei dos Mortos), que via seu reino esvaziando, não permitiu que o hábito médico continuasse violando as leis da natureza e fulminou com um raio. e levou aos céus, convertendo na constelação chamada Serpentário. a natureza de asclépio foi moldada por dupla influência dos pontos Apolo, o pai luminoso e, de outro, o mestre e tutor Chiron, que o familiarizou com as palavras e seus poderes mágicos e também com a serpente.

Neste mito, os gregos apresentam sua percepção e previsão refinada e sensível dos dilemas envolvidos na arte da cura. O episódio em que Asclépio ressuscita os mortos não nos remete a uma série de questões e dilemas com as quais nos deparamos ainda hoje em nossa atividade médica? O drama das UTIs, os esforços para manter os pacientes vivos a qualquer custo.

Figura de Chiron que nos sensibiliza e nos remete a uma figura eternamente aberta naquele que cura. O que essas imagens despertavam nos gregos? O que despertam em nós? E a ferida incurável? Como nos colocarmos diante dessa imagem? O que ela provoca em nós?

"Basta cair doente para que todos se considerem no direito de dar ordens: já para cama, não saia no sereno, vista ou agasalho". O mais humilhante é obedecer com docilidade dos Cordeiros, porque a doença tem o dom de nos fazer regredir ao tempo em que nos entregava Vamos indefesos aos cuidados maternos. Um técnico do laboratório passou um garrote para colher sangue e ligar o frasco do soro: "vou dar uma picadinha".

Foi o primeiro de uma série infindável de diminutivos que viriam a ser pronunciados (...) "dor é o de menos, duro é ouvir "abre o olhinho, fecha o olhinho" e ser obrigado a ficar quieto". o emprego do diminutivo infantilizando ao cidadão. Deitado de camisola e pulseirinha, sem forças para agir por conta própria, Cercado de gente que diz: "Vamos tomar um remedinho", "Abre a boquinha", "levanta a perninha". Há maturidade que resista? (Varela, 2009 - o médico doente)

Desenvolvimento de capacidades

O desenvolvimento de capacidades depende de muitos fatores pessoais e Construções por meio das experiências da vida, mas pode ser aperfeiçoado pelo estudo e pela prática. Encontrando com outro: para um encontro efetivo, devemos manter a mente aberta. Não conhecemos a pessoa com a qual estamos interagindo. é importante não nos deixar influenciar por imagens prévias ou preconceitos. Cada pessoa é um universo muito amplo, desconhecido em grande medida, par à própria. Importante que teremos acesso somente a uma parte muito pequena dessa pessoa. Todo contato produz ansiedade seja em quem está entrevistando, seja em quem está sendo entrevistado. Todo encontro entre pessoas tem algum tipo de tensão. A tendência quando não há

uma percepção adequada das angústias despertadas no encontro, é a pessoa ficar “armada” (seja o profissional ou o paciente). Os níveis de ansiedade que surgem em cada encontro são variados e podem ser um indicador importante a ser considerado.

Observando

Não permita que suas concepções sobre as manifestações Das doenças origina-se de palavras ouvidas ou lidas. Observe e, então, raciocínio, compare e julgue. Mas, inicialmente, Observe. Dois olhos nunca enxergam igualmente, nem dois espelhos refletem a mesma imagem ponto que a palavra seja sua escrava e não sua mestra (William Osler).

Nossa mente é uma espécie de tela com uma série de imagens: temos imagens sobre tudo e todos e frequentemente incorremos na confusão de tomar imagens prévias resultado de uma série de experiências e também de nossas fantasias.

Temos imagens sobre tudo e todos. É importante, então, para otimizar o processo de observação, tentar não confundir as imagens com uma pessoa real que está à nossa frente. Exemplo: a imagem que temos de um paciente pode ter pouca relação com o paciente que está em nossa presença.

A observação exige, antes de tudo, presença, se estamos presentes fisicamente. Mas se nossa atenção está ausente, voltada para pensamentos, lembranças de outras questões, não conseguiremos realizar uma observação adequada.

Notar a forma como observamos. Observar o que acontece conosco também é importante. As impressões, as sensações e as emoções despertadas pelo contato podem ajudar quando adequadamente interpretadas as, a perceber o que está se passando com a pessoa com a qual estamos em contato e qual a natureza do vínculo que está se estabelecendo. Se observamos mal, vamos perceber e nos comunicar mal. Quanto menos corretamente observando os, mais nos aproximamos do monólogo e nos distanciamos do diálogo, pois vamos interagir mais com as nossas impressões e imagens pré-concebidas do que com o interlocutor à nossa frente. Exemplo: podemos, muitas vezes, falar com paciente como se já conhecêssemos (na verdade, estamos nos relacionando com alguma imagem preestabelecida, derivada de nossas experiências prévias). Isso faz parte dos estereótipos que carregamos (relações enrijecidos com padrões pouco flexíveis). não é possível desfazer facilmente um padrão estereotipado mas Sua percepção nos ajuda a deixar os observação e isso é um benefício para a relação e o processo de comunicação.

Identificação de perspectivas

A capacidade de identificar diferentes perspectivas é um complemento da capacidade de observação, que nos permite notar que não existe uma forma única de observar e vivenciar determinada realidade. A noção e as vivências que o paciente vai ter de sua doença são próprias dele (dependendo de sua Constituição e de sua história, e são seguramente diferentes das noções e vivências do profissional).

Tem grande importância transitar entre a nossa perspectiva e a perspectiva do paciente, por meio de condutas como a criação e ampliação da continência. No entanto, surgem questões como relatos de desconforto nas situações em que o paciente chora durante a entrevista, por não saber como agir. Os entrevistadores, por vezes, sentem-se inibidos para fazer perguntas muito pessoais. "a paciente chorou e demonstrou uma profunda tristeza e raiva. mais uma vez, fiquei sem saber o que dizer ou como reagir, então a entrevistadora perguntou-lhe sobre seus netos, a fim de distraí-la com assunto que lhe importava e trazia boas lembranças".

apresentar um assunto mais Ameno para o paciente, distrair-se da dor ou do conflito que surgiu na entrevista é uma boa estratégia? "sobre essa parte de deixar a paciente falar sobre essas experiências desagradáveis, Foi algo inusitado apesar de sempre falarmos sobre isso nas aulas, tive a impressão de que se fosse eu que estivesse conduzindo entrevista, certamente teria tentado mudar de assunto pode parecer grosseiro, mas percebi que o realmente não daria Essa janela para que a paciente falasse respirasse no seu próprio ritmo, simplesmente porque eu não me senti à vontade. não sei até que ponto isso pode ser considerado uma contratransferência, mas, a meu ver, acho que essa situação é desconfortável independentemente de quem esteja me contando que perdeu algum familiar, ou seja, não consideram mas contratransferência".

Aluno consegue perceber a capacidade do entrevistador, mas sente desconforto e não se imagina capaz de suportar a experiência caso estivesse no papel de entrevistador. "nesta na amnésia e, conversei com a senhora que mexeu bastante comigo, por ter visto nela sonhos não realizados, com o de ter filhos e porque foi a única vez que conseguiu perguntar a paciente sobre como ela está enfrentando a situação pela qual está passando. perguntei a ela sobre seus sentimentos do momento, como um possível medo de morrer, e perspectivas do Futuro gostei bastante de ter conversado com ela sobre esses assuntos, acredito que anamnese foi mais completa e proveitosa para mim ir para paciente.

O ponto importante nessa anamnese foi a conversa que tivemos com a mão sobre sua vida: ela fez um desabafo sobre seus outros filhos que morreram. Ainda não havia um diagnóstico fechado sobre a enfermidade da paciente. estavam esperando o resultado de exames genéticos para poder fechar a hipótese de defeito genético ligado ao metabolismo dos açúcares. acredito que uma das principais iniciativas do serviço de saúde oferecido a ser tomada para dar suporte emocional para essa família seria a presença de psicólogo que acompanhasse o caso e conversasse muito com essa mãe.

depois ouve da professora: "melhor colocar tudo para fora do que guardar tudo dentro dela". Então, me lembrei das aulas sobre comunicação e mudei meu pensamento dois-pontos talvez mesmo não sabendo nada de medicina, eu tenho conseguido passar confiança para aquela mulher, que externalizou seu sofrimento e conseguiu verbalizar o, ainda me olhando nos olhos.

Com o passar da entrevista, podemos perceber que E. foi ficando emotiva quando nos contava o que pedíamos, era como se ela desabafar se algo muito íntimo dela, o que realmente sentia sobre toda aquela situação. disse-nos o quão difícil era cuidar de sua filha, todo tempo e dedicação que ela tomava ponto começou a chorar, demonstrando o quanto aquilo afetava foi comovente ver o amor que aquela mãe sentia pela filha vivendo com ela e para ela quase exclusivamente, sem esperar nada em troca". que capacidade é essa que o aluno consegue exercer eles permite explorar e permanecer em contato com suas próprias vivências e a dos pacientes? É a continência: uma capacidade da maior importância para um contato mais efetivo e eficiente. A continência é a capacidade de permanecer com aquilo que é, sem tentativas prematuras (ansiedade) de se resolver ou de se livrar rapidamente de determinada situação.

Criação e ampliação de empatia

A empatia está muito associada à capacidade de continência. Trata-se da habilidade de estabelecer uma sintonia emocional com aquilo que está acontecendo com outro, sendo, portanto, necessário conseguir uma aproximação vivencial do que esse outro está experimentando.Essa sintonia deve vir acompanhada de manutenção de uma separação suficiente eu-outro. Caso contrário, não teremos empatia, mas sim identificação.

Essa separação envolve vários aspectos, como a perspectiva, a auto-consciência, a consciência do outro, a flexibilidade e a reavaliação da emoção, além da possibilidade de expressão verbal e não-verbal desse entendimento. É a capacidade de empatizar que nos permite solidariedade com os sentimentos do paciente.

Essa percepção nos habilita a tomar medidas que possam trazer algum alívio para o sofrimento do paciente seja expressando solidariedade emocional, seja tomando medidas de ordem prática para diminuir o sofrimento (e saber se o paciente tem alguma dúvida, se está bem informado).

Empatia não é reasseguramento

Ao dizer ao paciente que tudo vai correr bem, ou, se o paciente estiver triste, dizer que não é nada, ou profissional está se distanciando da vivência do paciente e minimizando o seu sofrimento.

Discriminação dos canais de comunicação

A linguagem verbal é a forma mais evoluída de comunicação que funciona lado a lado com outras formas mais primitivas (gestos, expressões corporais) ou de outra natureza (escrita, pintura, música). instrumento que pode ser usado para revelar ou para encobrir fatos. Tem um conteúdo e um corpo - denominado para linguagem - e se refere às qualidades da emissão vocal (altura, intensidade, ritmo), outras produções locais como o riso, grito, bocejo, tosse, fornecem informações sobre o estado afetivo do emissor.

A linguagem não verbal consiste em canais de expressão: Gestos, contato visual, posturas corporais, uso do espaço, distâncias, território. Em nossa atividade, a linguagem proxêmica (referente ao espaço) envolve a forma como nos aproximamos do paciente (contato corporal, angulação do corpo como sinais de aceitação, rechaço e hierarquia 2 pontas a utilização e a distribuição dos espaços (decoração, barreira da mesa), propiciando um trabalho em campo tenso ou um campo relaxado.

Tanto a paralinguagem como a comunicação não-verbal são cruciais no processo de comunicação. É importante perceber as inconsistências entre os dados verbais e não verbais. esses costumam ser confiáveis. exemplo 2 pontos a paciente disse que está tudo bem, mas está com os olhos marejados, lutando contra uma realidade interna, tentando Manter distante as emoções que acabam por se manifestar mediante a linguagem não verbal.

A noção e a vivência que a paciente vai ter de sua doença são próprias dele (dependem de sua constituição e de sua história, e seguramente são diferentes das noções e vivências do profissional). Essas expectativas podem ser funcionais ou disfuncionais.

16 de setembro de 2021

A dinâmica na relação médico-paciente

Entre as questões mais relevantes estão a hostilidade do paciente e a existência ou não de um vínculo e ideal na relação médico paciente. **Alunos de medicina**: “O paciente fica esperando que eu saiba de tudo e resolva todos os problemas dele”, “O que eu faço com paciente que não segue as prescrições?” e “Tenho que ser amigo do paciente ou é melhor inspirar temor e respeito”. Toda relação estabelece vínculos cujas características e qualidades geram comportamentos e expectativas.

O conhecimento da dinâmica que se estabelece nas relações é fundamental para ajudar evitar uma série de conflitos, mal-entendidos e propiciar um desempenho mais satisfatório na tarefa médica. Entre os dinamismos, os mais importantes são a projeção, a transferência e a contratransferência.

Projeção: mecanismo que consiste em "colocar no outro" conteúdos do nosso mundo interno. É um mecanismo de defesa do ego. **Transferência**: é um fenômeno humano presente nas relações (especificamente na relação médico paciente), parte do paciente na figura do médico. **Contratransferência:** o que a transferência repercute no médico. Entrar em contato com as questões que estão presentes na relação médico-paciente permite a elaboração dessas questões e evita a cristalização de atitudes estereotipadas. Quando não há espaço para essas questões, a saída é lançar mão de defesas que produzem o enrijecimento das atitudes e estereotipias. Existem situações em que as coisas não correm tão bem e há manifestações de hostilidade, negativismo ou outras reações. Importante: esta não é uma situação a ser considerada como um empecilho. Para solucionar: providência 1 - considerar tais manifestações pessoais (dirigidas ao médico/estudante), mas com características do paciente que precisam ser percebidas e manejadas de forma a desobstruir a relação e favorecer o vínculo e a tarefa. Além disso, encontrar a distância adequada (não confundir-se com o paciente e não distanciar-se defensivamente).

Padrões de relacionamento

- **Vínculo paternalista**: profissionais da saúde dominam a agenda, os objetivos e as tomadas de decisão. O pressuposto básico é que o profissional de saúde é o guardião, agindo no melhor interesse do paciente, a despeito das preferências.
- **Vínculo mutualista**: balanceamento do poder, respeitadas as peculiaridades de cada papel. Objetivos, agenda e decisões relacionadas à consulta são resultado de negociação entre parceiros. Profissional da saúde atua como conselheiro ou orientador.
- **Vínculo consumerista**: paciente assume as tomadas de decisão, redefine o encontro como uma transação de mercado.

As estruturas vinculares são dependentes da condição e da situação do paciente: atividade/passividade (em situações de coma, intervenção cirúrgica), direção/cooperação (doenças agudas) e participação mútua/recíproca (relação entre adultos, nas doenças crônicas e nas readaptações).

A dinâmica deve sempre levar em consideração as necessidades, a situação e o estado do paciente. O prejudicial para relação é a rigidez e a estereotipia (profissional que somente consegue manter um determinado padrão de relacionamento)

Entrevista

Pontos a serem observados

- Modelo biomédico ou modelo biopsicossocial.
- Questão da especialidade: o problema não é a fragmentação, mas uma fragmentação rígida e estática, que bloqueia o trânsito entre diferentes áreas e aspectos envolvidos em nossa atividade.
- A integralidade permanente que não respeitava a situação e contexto (pode ser uma estereotipia)
- Atendimento no consultório ou na enfermaria, uma dinâmica da observação que procura contemplar as diferentes perspectivas está continuamente se deslocando: em um momento, estou observando um

aspecto do paciente em outro, me volto para observar minha postura e minhas emoções: ora me concentro no exame físico do paciente, ora em sua reação emocional, e assim por diante.
- São rápidas oscilações que são incorporadas na dinâmica de observação, permitindo aprofundamentos e ampliação das perspectivas, que incluem observação do paciente e seu contexto, auto-observação, observação da dinâmica relacional e de campo
- Abrangência e continuidade dos cuidados são requisitos fundamentais para o exercício de integralidade (níveis de cuidados: de promoção, prevenção e recuperação da saúde - expressa na forma como o profissional acolhe, identifica e responde às necessidades dos pacientes)

Fase da recepção

Consiste no primeiro contato (verbal e não-verbal), impressões (consciente ou inconsciente) o que produz reações e estabelecem o clima do encontro. Por isso, na entrevista, a fase da recepção é um momento muito importante e pode determinar a evolução da entrevista. Desde o primeiro contato, a comunicação (tanto a verbal como a não verbal) veicula uma série de informações e impressões que são registradas (consciente ou inconscientemente), produzindo reações e estabelecendo o clima do encontro.

O que vamos formular são indicações e sugestões para o contato inicial, a serem aplicadas conforme o momento e a necessidade: consultar ficha ou prontuário (dados pessoais e informações clínicas), chamar o paciente pelo nome (indispensável), cumprimentar e apresentar-se, esclarecer seu papel e sua função (no caso de o paciente não estar a par do papel e da função que você está desempenhando, é importante que haja esse esclarecimento), manter contato visual com o paciente, demonstrar interesse e respeito, cuidar do conforto físico do paciente (proporcionar alívio à condição apresentada pelo paciente).

Fase exploratória

Na fase exploratória, as perguntas são consequências do objetivo que se tem em mente. Deve-se saber o que perguntar, como perguntar, qual o seu objetivo e o roteiro (de investigação da doença/ enfatizar características da personalidade). Se o foco está voltado para a investigação da doença, devemos ter um roteiro e conhecimentos que possibilitem relacionar sintomas aparentemente não relacionados e que o estudo da fisiopatologia fornecerá. Deve-se questionar "o que te traz aqui?", "como posso ajudá-lo?" E, posteriormente, pergunta-se ao paciente se ele precisa de mais alguma coisa.

Da mesma forma, quando o foco está voltado para a pessoa, é preciso ter um roteiro que ajude a enfatizar características de personalidade e vivências significativas. **Quanto ao conteúdo**, é importante evitar perguntas que induzam respostas ou perguntas que sejam muito amplas e acabem produzindo respostas formais. Quando há muita demanda é necessário negociar e estabelecer prioridades, considerando as necessidades do médico e do paciente.

Quanto ao modo como é formulada a pergunta, existem aquelas que são feitas formalmente, sem a intenção de se obter resposta. Um “como vai?” formal é sempre respondido por um “tudo bem” também formal. É importante, então, ter presente se estamos perguntando formalmente ou de modo a mostrar interesse na resposta. Isso vai influenciar a qualidade das respostas obtidas.

Deve-se evitar **perguntas fechadas**, pois podem trazer respostas não tão significativas. Por exemplo, se perguntamos: “Você está informado sobre sua doença?”, a resposta, seja afirmativa ou negativa, vai fornecer informação irrelevante. É mais proveitoso perguntar, por exemplo: “Que informações você já tem sobre sua doença?”.

As **perguntas abertas** trazem mais informações. Assim, é necessário formular questões pertinentes a fim de complementar as informações necessárias para obtenção de um quadro geral do paciente, transitando entre perguntas abertas e fechadas; escutar atentamente; dar espaço para o paciente fazer pausas, bem como pensar antes de responder; esclarecer declarações do paciente que não são claras, como “Você poderia me explicar o que entende por...?”; utilizar questões e comentários simples; evitar jargões ou linguagem técnica (explicá-los); estabelecer datas e sequência de eventos; explorar ideias que o paciente tem sobre a natureza da enfermidade, como “O que você acha que está provocando esses sintomas?”, explorar os sentimentos provocados (especialmente os medos) como “Em relação a esse problema, tem alguma coisa que lhe preocupa?”. Incorporar à exploração o contexto familiar, social e laboral.

Perguntas disparadoras: formulam questões pertinentes a fim de complementar as informações necessárias para a obtenção de um quadro clínico geral do paciente, transitando entre perguntas abertas e fechadas. É preciso escutar atentamente e dar espaço para o paciente fazer pausas, bem como pensar antes de responder. Pode ser feito o seguinte questionamento: "que informações você tem sobre sua doença? "

Perguntas sobre a vida pessoal podem despertar angústias tanto nos pacientes como nos profissionais. Uma forma de defesa comum dos pacientes em relação a essa situação é “para que ele está me perguntando isso?”. É importante, então, ter clareza quanto à necessidade dessas perguntas; saber que, para a efetividade e a eficiência de uma intervenção médica, o conhecimento da pessoa não é um quesito acessório, mas fundamental, pois o adoecer sempre tem a participação de fatores físicos, psicoemocionais e sociais.

Técnicas de Anamnese

Em relação à dinâmica, há algumas técnicas e orientações mais gerais para a realização da entrevista. Antes de tudo, deve-se evitar formalismos para maior sucesso. Uma entrevista tem mais possibilidades de ser bem-sucedida e alcançar seus objetivos quando conduzida como uma conversa informal. Mas cuidado: a informalidade, embora o nome assim possa sugerir, não é a perda de qualquer forma. O objetivo da entrevista e o papel que estamos desempenhando devem sempre ser o fio condutor. Existem várias técnicas que podemos utilizar para apoiar a narrativa do paciente, tais como:

- **Baixa reatividade**: deixar um lapso de tempo entre a intervenção do paciente e a sua. Um pequeno intervalo (1 ou 2 segundos) entre a fala do paciente e a sua intervenção evita interrupções e é uma condição imprescindível para favorecer a livre narração do paciente;
- **Silêncio funcional**: abrir a possibilidade de aceitar/criar momentos nos quais cessa a comunicação verbal. Atua como catalisador de determinadas reações emocionais no curso da entrevista;
- **Aceitação**: aceitar a legitimidade dos sentimentos e dos pontos de vista do paciente. Evitar críticas que desconsideram a queixa do paciente;
- **Facilitação**: adotar algumas condutas verbais ou não verbais que facilitem ao paciente prosseguir ou iniciar seu relato (como gestos ou sons), sem indicar nem sugerir conteúdos. Para isso, pode-se fazer gestos de assentimento com a cabeça que indiquem “continue, estou ouvindo com atenção” ou sons que carreguem um significado semelhante. Outras vezes, pode-se indicá-lo mais explicitamente: “continue, por favor”,“ e que mais”, etc;
- **Empatia**: adotar uma conduta verbal ou não verbal que expresse solidariedade emocional sem pré-julgar ética ou ideologicamente: um contato, um sorriso, “compreendo como se sente”, etc;
- **Frases por repetição**: repetir palavra ou frase recém-pronunciada pelo paciente a fim de orientar a atenção deste para determinado aspecto.“Então você me dizia que foi depois daquela discussão que teve esta forte dor de cabeça que o preocupa”;

- **Sumarização**: sintetizar periodicamente as informações fornecidas pelo paciente para verificar sua compreensão e permitir que ele as corrija ou complemente;
- **Assinalamento**: tornar mais explícitas e manifestas as emoções ou condutas do paciente. Isso pode ser feito por meio de observação do estado de ânimo do paciente: "parece que você ficou um tanto aborrecido comigo" ou "estou observando que você foi ficando triste...".
- **Legitimação**: complementarmente ao assinalamento que nomeia o estado de ânimo do paciente, é importante legitimar o que ele está sentindo. Isso é expresso pela própria atitude do profissional, podendo ser complementado por uma frase do tipo: "é natural sentir-se irritado com essa dor incomodando o dia todo".

É fundamental ter presente que, se todas essas recomendações e orientações forem compreendidas, com o tempo serão internalizados os conhecimentos e as atitudes correspondentes. A evolução poderá levar tempo (de fato, a vida toda, pois a possibilidade de evoluir essas capacidades é inesgotável), mas, desde o começo, poderemos notar as mudanças que a atenção e a discussão desses tópicos promovem no desempenho.

Fase resolutiva

Devo sempre informar o paciente? E os familiares? E se ele não quiser saber? Como saber se o paciente compreendeu o que lhe informei? E se o paciente não seguir minhas orientações? O paciente deve participar das decisões sobre seu tratamento? As comunicações com paciente e familiares fazem parte da fase resolutiva da entrevista. A fase resolutiva é subdividida em duas etapas:

1. **Informativa e negociadora**. A etapa informativa, como o próprio nome indica, é a etapa em que são fornecidas informações ao paciente (e aos familiares). É importante, nessa fase, detectar e atender, da maneira mais apropriada, suas necessidades, tendo em vista: responder às expectativas do paciente, que deseja ser informado sobre sua saúde e melhorar a adesão ao tratamento. Há alguns erros mais importantes que devemos evitar nessa etapa: muitos conceitos por unidade de tempo, uso de linguagem excessivamente técnica, misturar diferentes problemas sem dar uma explicação concreta para cada um e interromper o paciente quando este vai perguntar ou falar. Há fatores que favorecem a boa compreensão e a assimilação. Entre eles:
    - Investigar primeiramente o conhecimento que o paciente já tem sobre sua condição e averiguar a extensão de seu desejo de mais informações;
    - Fornecer informações compreensíveis e que despertem interesse;
    - Fornecer informações completas sobre a ação ou o tratamento proposto: modalidade, passos envolvidos e como funciona, benefícios e vantagens, possíveis efeitos colaterais;
    - Sempre que possível, associar métodos visuais de fornecimento de informações (diagramas, modelos, informações escritas e instruções); ao detectar resistências, entender as preocupações e dar mais informações; sempre buscar entender o que o paciente compreendeu, comprovando a assimilação (muito mais eficaz do que perguntar apenas "entendeu?", o que faria o paciente responder "sim" ou "não", é perguntar "o que você entendeu?"); sempre perguntar que outras informações poderiam ser úteis.
2. A **etapa negociadora** da fase resolutiva, envolve a pactuação das condutas e orientações entre o profissional e o paciente. Implica, evidentemente, que o profissional tenha clareza quanto ao direito do paciente de participar e opinar sobre seu processo. Quando as orientações indicadas pelo profissional são colocadas em dúvida pelo paciente, estamos diante de uma negociação propriamente dita, que envolve, como passos decisivos: reconhecer o direito do paciente de participar e opinar sobre seu processo; procurar envolver o paciente, formulando mais sugestões do que diretrizes; incentivar o

paciente a se envolver e assumir a responsabilidade na execução dos planos; considerar as reações e preocupações do paciente quanto a planos e tratamentos, incluindo a aceitabilidade; explorar as crenças do paciente, mesmo que suas opiniões tenham sido expressas de forma agressiva ou receosa; discutir as crenças, mostrando suas incoerências, indicando suas contradições ou contrapondo informação (por exemplo: “Mudar os hábitos não é o problema, o que é um problema é não ter a pressão controlada. A pressão alta exige do coração mais força para bombear o sangue"); tentar desenvolver técnicas de negociação e persuasão, inclusive em situações nas quais as opiniões do paciente pareçam pouco justificadas; apresentar alternativas, discutindo opções, benefícios e riscos de cada uma; negociar um plano mutuamente aceito; quando um plano for aceito, verificar se todas as preocupações foram abordadas; indagar sobre os sistemas de apoio e discutir outros apoios disponíveis e respeitar as últimas decisões do paciente.

Exame físico do paciente: aspectos psicológicos

Uma senhora de 72 anos está internada com câncer de útero em estágio avançado e inoperável. “Ela nunca foi ao ginecologista”, disse a neta, quando indagamos por que o diagnóstico não foi feito de forma mais precoce. “Sempre que tentamos levá-la”, acrescentou, “disse que preferia morrer a ter que expor suas partes íntimas”.

Um momento particularmente delicado da consulta é a realização do exame físico. É uma situação crítica que promove a emergência de fantasias, temores e angústias, tanto no profissional como no paciente. Implica extrema vulnerabilidade para o paciente, que vai estar sujeito não só aos temores despertados por estar fisicamente exposto como à apreensão quanto ao que poderá ser descoberto pelo exame. Todavia, o exame físico é uma excelente oportunidade para fortalecer o vínculo e o contato. O toque é um elemento muito poderoso, que pode produzir um efeito de bem-estar e tranquilidade para o paciente.

O exame da criança

Na criança pequena, o exame físico é uma boa oportunidade para verificar a qualidade do vínculo com a mãe. Envolver a mãe não só tende a facilitar a execução do exame como permite observar esse vínculo. Se a criança é pequena, o profissional deve ter atenção redobrada aos seus movimentos e ao seu tom de voz (a criança pequena não entende o conteúdo, mas capta as emoções presentes na comunicação, pelos movimentos e pelo tom de voz). É importante evitar manobras bruscas. Sempre informar à criança (quando ela tem compreensão) ou à mãe (quando a criança não tem compreensão) o procedimento que se vai realizar (a calma da mãe é um elemento fundamental para transmitir tranquilidade à criança). A exposição do corpo deve ser feita com muito cuidado, particularmente na criança maior e nos adolescentes. Para estes, o exame físico pode representar um momento crítico da consulta. No idoso, esse cuidado deve ser redobrado, em especial nas mulheres, considerando-se que, além de inibições próprias da idade, a idosa de hoje vivenciou sua adolescência e juventude em uma época na qual a sexualidade da mulher era objeto de inibição e repressão.

Questões culturais

É amplamente reconhecido que o fator cultural tem uma grande influência no relacionamento e nos rituais que se estabelecem nos contatos. Qualquer tipo de contato físico, desde o cumprimento até a realização do exame físico, deve ter em conta o fator cultural, a fim de evitar situações que possam provocar conflitos ou constrangimentos.

21 de outubro de 2021

A Morte e o Morrer

“Somos mortais, e esta não é uma opção, e sim uma certeza”. A morte negada, escamoteada, escondida, não nomeada, tabu. A morte nos espreita, de fora, de cima, do lado, de dentro. E, que, nos incomoda, preferimos não vê-la. Ela insiste, reaparece: nas ausências, nos jornais, na TV, nas guerras, no vizinho, na saudade, nos pacientes. Cada pessoa se relaciona de forma diferente com a questão da morte.

O artista denuncia: “E tropeçou no céu como se fosse um bêbado; E flutuou no ar como se fosse um pássaro; E se acabou no chão feito um pacote flácido, agonizou no meio do passeio público. Morreu na contramão atrapalhando o tráfego.” (Chico Buarque, “Construção”).

Cada pessoa se relaciona de forma diferente com a questão da morte. Nossa verdade sobre a morte. Nossa miopia, ilusão. Que a porta continue aberta para que sempre possamos ver algo mais. O esperar o novo, o acrescentar, o diminuir, o transformar, tudo isso é ruído de vida.

Representações da morte: por tradição cultural, familiar ou mesmo por investigação pessoal cada um de nós traz dentro de si ‘uma morte’, ou seja, sua própria representação da morte. São atribuídas a esta personificação, qualidade e formas. O processo de morrer está relacionado à aceitação de perdas (amigos, divórcio, entre outros) e transformações. O enlutamento é o processo pelo qual se dá uma adaptação emocional. As perdas sobrepostas, mal resolvidas.

Qual poderia ser a ‘nossa morte’?. A forma como a vemos certamente influenciará a nossa forma de ser. Entrelaçamos vida e morte durante todo processo de desenvolvimento. Os lutos podem ser saudáveis (respeita cada fase) ou patológicos (pulam logo para a fase de esquecer, ficam em luto permanente ou estacionam em algumas das fases, por exemplo). É preciso saber respeitar socialmente o tempo do enlutado, o tempo do outro, e não querer impor fases.

Morte e Desenvolvimento Humano

A percepção de morte das crianças é ausência de movimento, o cessar de algumas funções vitais como alimentação, respiração. Mas na sua concepção a morte é reversível e pode ser desfeita. A dor acompanha as mortes e o processo de luto se faz necessário; a criança também processa as suas perdas como o adulto. Expressará sua dor se souber que se trata de uma morte.

Existe uma grande dificuldade de os adultos de lidar e explicar a morte infantil. A criança tem uma "consciência do eu” (de morte irreversível) por volta dos 6 a 7 anos. Antes disso, a morte para a criança é um processo reversível, tal como nos desenhos animados. A morte para a criança está ligada à perda das funções vitais (comer, dormir, andar, etc).

Na **adolescência** a palavra-chave é desafiar, pois há aqui também um herói como a criança havia sido, só que mais potente. Desafiar, romper limites é o grito de vida, é a identidade de um novo ser que rompe barreiras, extravasa limites. No desafio da vida pode estar a morte, não só a do outro, mas a própria. Filme ‘Sétimo Selo’ (Ingmar Bergman).

A **fase adulta** constituiria o que Jung chamou de metanóia ou metade da vida. É como um grande balanço do que foi nossa existência até aquele momento. Esse balanço processa grande transformação interna em nós e a

morte não se configura mais como algo que acontece somente aos outros, mas pode acontecer conosco também. Surge a possibilidade da minha morte e isto traz um novo significado para a vida. O limite não está lá para ser extrapolado e sim para ser conhecido e admitido.

A **velhice** é a fase do desenvolvimento humano que carrega mais estigmas e tributos negativos. Existem perdas corporais, de produtividade, às vezes, separação da família. Como cada um irá representar essas perdas? Segundo Jung, temos 20 anos para nos prepararmos para a vida, deveríamos ter o mesmo tempo para nos prepararmos para a morte. É necessário conviver com a morte e buscar seu significado.

"As mudanças ocorridas do nascimento até a velhice, da doença até a morte são ainda mais rápidas. As quatro estações têm uma sequência determinada. Assim, a hora da morte não espera a sua vez. Ela não vem necessariamente de frente, pode estar planejando o seu ataque por trás. Todo mundo sabe da morte, mas ela chega inesperadamente, quando as pessoas sentem que ainda têm tempo, que a morte não é iminente. É como as planícies secas que se estendem mar adentro, para que a maré chegue, inundando o seu caminho até a praia." Meltzer, 1984

Becker e Kovács: Se estivéssemos conscientes o tempo todo de nossa morte e do nosso terror, seríamos incapazes de agir normalmente, ficaríamos paralisados. Não podemos olhar diretamente para a morte o tempo todo, mas também não podemos ignorá-la, pois ela impõe sua presença.

Medo da Morte

O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. Todos os medos que temos estão, de alguma forma, relacionados a ele. O conceito de terminalidade é relativo, já que todos nós temos a morte como fim do nosso processo de desenvolvimento. O momento da morte.

HIV: Aids e a representação de punição divina, presença de depressão e culpa), o estigma e a desinformação e frequente isolamento do paciente.

Câncer: Segundo Sontag, a imagem do câncer ainda está relacionada à morte. Muitas vezes o sofrimento do paciente é temido Presença de isolamento. Esses fatores têm peso no desenlace da doença. Atitudes e representações sociais têm de ser trabalhadas, tarefa fundamental dos profissionais de saúde.

- **Elisabeth Kubler-Ross**: Dedica sua atuação profissional à escuta dos pacientes sem possibilidade terapêutica. Considera os pacientes seus professores. Transmitir o diagnóstico e ao mesmo tempo dar acolhida, dar informações sobre os procedimentos a serem realizados.
- **Estágios arrolados por Kubler-Ross no processo de morte**: Negação (o fato passa a ser tratado como se não existisse), Raiva (demonstra inconformismo por condutas agressivas, hostis), Barganha (realiza acordos, promessas), depressão (elaboração de lutos) e aceitação (despedidas e vivência de tranquilidade).

Profissionais da saúde, família, paciente e a questão da morte

A importância da comunicação As mensagens contraditórias A conspiração do silêncio A família vivencia os mesmos estágios que o paciente, ao saber do diagnóstico de uma doença grave.

Lidando com os familiares: Expectativa de cura depositada no médico e na instituição hospitalar (idealização), Impotência da família projetada na equipe de saúde (responsabilizados e agredidos quando há insucesso do

tratamento). Quando a cura já não está mais em questão, ainda existe a necessidade de alívio e bem estar do paciente O tratamento não é de uma doença, mas de um ser humano com personalidade, desejos e expectativas.

“Tenho muita coisa a dizer. Não perderiam muito tempo conversando comigo. Se pudéssemos ser francos e confessar nossas angústias, seja qual for o lado em que nos encontremos, se pudéssemos nos tocar. Se quisessem me escutar e partilhar o que me resta de vida, se chorassem comigo, perderiam a integridade profissional? As relações de pessoa a pessoa não podem existir num hospital? Seria tão fácil morrer no hospital cercado de amigos.” Paciente feminino, 45 anos (enfermeira) Diagnóstico: câncer – sem possibilidade de cura. Os profissionais de saúde podem sofrer por não conseguir impedir o processo de morte do paciente (frustração) e podem chegar a abandoná-los. Os pacientes sentem-se rejeitados e sofrem pela frustração que causam.

Todos os participantes do processo estão envolvidos, ainda que em graus diferentes. Os sentimentos e emoções atingem as pessoas envolvidas por identificação projetiva e introjetiva. E as defesas contra esse sofrimento emocional serão mobilizadas. Há a possibilidade de todos vivenciarem períodos de insalubridade, que provoca sofrimento. É importante aprendermos a lidar com as dificuldades decorrentes da mobilização emocional.

“(...) um dia entre os cadáveres em que aprendíamos a salvar vidas, encontrei uma jovem, que atendera semanas antes, viva, em seu leito (...) Impressionara-me sua beleza. Estava bela também na morte, mas só bela para mim que a conhecera. Nesse dia chorei: o choro que em quatro anos havia contido. Mas tive que chorar escondido, envergonhado por ser humano.” Roosevelt M. Cassorla Médico Psiquiatra

Profissionais de saúde frente a morte do paciente: Aceitação da realidade da morte, aceitação das limitações humanas (ausência de onipotência), ética (expor a verdade sem amor é crueldade) e cuidados pessoais (profissional que lida com a morte trabalha em ambiente psiquicamente insalubre).

“Por muito tempo achei que a ausência é falta E lastimava, ignorante, a falta. Hoje não a lastimo. Não há falta sem ausência. A ausência é um estar em mim. E sinto-a branca, tão pegada, aconchegada em meus braços, Que rio e danço e invento exclamações alegres, Porque a ausência, essa ausência assimilada, Ninguém a rouba mais de mim.” . “Ausência” Carlos Drummond de Andrade.

09 de novembro de 2021

Psicologia Hospitalar

Política Nacional de Humanização (PNH)

Objetivos

- Combater a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a tarefa de produção de saúde;
- Oferecer eixo articulador das práticas em saúde com foco na aspecto subjetivo nelas presente

Destaques

- A possibilidade de transformação a todo momento, incluindo a diferenciação no cotidiano profissional – assim, os efeitos devem ser avaliados a partir da relação com o outro.

- Não se trata de combater o desumano do SUS, mas investir na transformação do coletivo (Pitombo; Neri, 2010).

O problema a ser enfrentado

Situações de grandes tensões e forte impacto afetivo na prática profissional e transmissão de más notícias. Em 2003: Direção Geral do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer: problema de saúde pública. Base do projeto: Política Nacional de Humanização – HUMANIZA SUS. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH): reconhecimento da necessidade de construir ambientes para o cuidado com o cuidador. GTH: maior valorização e capacitação para comunicação com pacientes e familiares em situações difíceis do tratamento.

Aprendemos, na tradição de ensino de nossas escolas médicas, a valorizar a intervenção, a só considerar que se está dando tratamento quando se está intervindo, o que não nos prepara para agirmos como catalisadores da angústia do paciente (e suportar a nossa), no momento de seu caminho para a morte. Nossa formação não nos ensina a parar para refletir sobre os nossos limites." - Penello

Sabe-se que estar presente, acompanhar, dar suporte e também compartilhar e aprender com cada um dos pacientes exige uma disponibilidade que não vem sem um preparo, o qual, geralmente, não é oferecido pela formação profissional. O enfrentamento de tais situações é uma tarefa solitária e não compartilhada com outros profissionais.

Más notícias: constatar doença avançada em mulheres grávidas; prescrever tratamentos esterilizantes ou gravemente incapacitantes, inclusive à vida sexual, ter que anunciar aos pais a morte iminente de seus filhos etc. São muitas as possibilidades de más notícias nesse cotidiano, que caracterizam situações-limite nas quais o sofrimento pode se tornar intolerável, gerando níveis crescentes de adoecimento dos profissionais.

Propostas de intervenções

- Estratégia inicial: Protocolo Spikes, Grupos Balint-Paidéia, disposição para negociação de projeto terapêutico com todos os sujeitos envolvidos
- Importância para a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde
- Criação de espaços para compartilhamento e discussão de experiência pela lateralização
- Diminuição de angústia gerada pela vivência e isolamento na prática profissional diária.

Comunicação de Notícias Difíceis : compartilhar desafios na atenção à saúde - O projeto

Objetivos Principais: qualificação de profissionais de saúde, especialmente médicos: no que tange ao contato com os pacientes e seus familiares; estabelecimento de vínculos profissionais e de redes colaborativas.

Principal Justificativa: a falta de preparo dos profissionais para a comunicação e o suporte emocional aos pacientes, o que gerava sistematicamente: silenciamentos; falsas promessas de cura ; e/ou comunicações abruptas de prognósticos adversos, com sérios prejuízos à relação terapêutica e ao próprio tratamento em si.

Atividades:

- Oficinas de sensibilização: realizadas no Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein
- Oito grupos Balint-Paidéia, máx. 15 participantes cada, e 8 encontros

- Diários de bordo dos participantes, apresentação (voluntária) e discussão de casos clínicos atuais relativos à comunicação de más-notícias
- Plataforma de ensino à distância para suporte de bibliografia, textos e fóruns de discussão entre os participantes de cada grupo.
- Trabalhos de consolidação de resultados e propostas no encontro geral de intercâmbio reunindo todos os participantes.

Coordenação: 8 consultores (psicanalistas e profissionais da saúde mental com experiência institucional e de coordenação de grupos com profissionais de saúde; e 2 consultores da PNH e 1 observador-analista convidado)
Participação: 109 profissionais da saúde: 54 médicos (quase 50% dos participantes), 21 enfermeiros, 15 psicólogos, 13 assistentes sociais, 4 fisioterapeutas e 2 nutricionistas. Aproximadamente, 50% são profissionais do INCA; os outros 50% profissionais dos serviços de oncologia de hospitais federais do RJ, dos quais uma parte hospitais universitários e institutos de ensino também da rede de atenção oncológica e de cuidados paliativos do RJ.

Grupos Balint

Criado por Michael Balint, psicanalista húngaro, é um grupo em relação de igualdade, que busca compreender as dificuldades dos profissionais em seu trabalho clínico (implicação afetiva do médico). Balint desenvolveu, a partir da transferência, a categoria médico medicamentoso ou droga – sobre o efeito do profissional sobre o paciente.

Grupos Balint- Paidéia

Definição: são ao mesmo tempo um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas à ele. Trata-se de um grupo para discussões de casos clínicos e relações institucionais formado por profissionais envolvidos com o atendimento direto à população. Essas experiências nos grupos sobre a transmissão de más notícias apresentam um encontro com o que é tabu, com intenso silêncio repleto de vivências acumuladas no cotidiano profissional hospitalar, na relação com os pacientes e familiares, raramente compartilhados dentro da instituição.

Muitos depoimentos dos participantes nos grupos referem-se à sensação de estar abrindo a 'caixa de Pandora' e permitindo escapar todos os males que deveriam ser mantidos em segredo. No trabalho dos grupos houve a possibilidade de ser elaborada e re-significada a questão da esperança na qualidade de vida do paciente, no compartilhar os momentos mais difíceis, na coragem vivida pelos pacientes, no cuidado perante a dor do outro e também da sua própria dor (Penello; Magalhães, 2010).

Inspirado nos Grupos Balint-Paidéia, a equipe pode pesquisar e olhar as relações profissional-paciente a partir dos casos atendidos e das dificuldades enfrentadas pelo participante em sua prática clínica. Todo o grupo se co-responsabiliza pela condução identificando possibilidades e recursos alternativos de intervenção. Assim, o caso é alimentado pelo trabalho coletivo e o grupo tem de volta à informação sobre os desdobramentos posteriores pelo responsável pelo caso.

O grupo Balint-Paidéia apresenta-se como um instrumento de trabalho para profissionais de saúde que enfrentam situações complexas envolvendo:

- Redes de saberes: envolve poderes e afetos, além de sensibilidade para lidar com a dimensão das forças e dos afetos inerentes à relação com pacientes, familiares e equipe.

- Disposição: para negociação de projeto terapêutico com todos os sujeitos envolvidos, lidar com a incerteza, construir grupalidade com a finalidade de aumentar a capacidade de análise/intervenção e resistir às precipitações solucionárias (Cunha; Dantas, 2010).

"Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção da saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras do funcionamento coletivo instituídas nas organizações de saúde" (Brasil, 2009).

Afetos como experiência de transformação

A experiência dos grupos Balint-Paidéia apresenta o aspecto de que viver um caso, através do relato de outro profissional, pode ser uma experiência transformadora, não apenas para quem relata, mas também para aqueles que a escutam. Assim, os grupos funcionam tanto como acolhimento e como potência de ação, pois o que se passa nessa experiência pode ser suficiente para servir como elemento para produzir novos modos de subjetivação, ou seja, leva a inovações no modo de agir e de existir de cada profissional. Muitos casos eram relatados a respeito de histórias antigas vividas pelos profissionais ao longo da experiência profissional, mas que por terem tido carga emocional muito intensa e trazido à tona diversas dimensões do trabalho, ainda não tinham sido bem elaborados e continuavam sendo motivo de preocupação e incômodo. Uma vez que puderam ser cuidados no grupo, fazendo circular os afetos e enredos, novas reflexões puderam emergir.

Por meio do compartilhamento se aprende a viver com a dor, a se conhecer e respeitar o outro, sem que para isso seja preciso estar distante e desconectado desse outro, querendo se livrar dele. Um médico participante do grupo diz que alguns pacientes, quando em consulta, "te apresentam uma 'conta existencial' enorme e que querem que você pague tudo à vista!" O que fica claro aqui é que o médico não pode e não deve querer pagar essa conta sozinho. Ele pode "rachar a conta" não só com a equipe, mas também com o próprio paciente, incentivando a sua participação e a sua colaboração no tratamento

As transformações

Ao longo dos encontros dos Grupos Balint-Paidéia identifica-se a importância para a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, a criação de espaços para o compartilhamento e discussão de experiência, pela lateralização com os participantes dispostos em roda (Pitombo; Neri, 2010). A partir dos grupos de interdisciplinaridade foi possível perceber que a sensação de solidão e a atribuição como o único responsável pelos resultados do tratamento ou dos procedimentos tivessem compartilhamento. Importante diminuição da angústia gerada pela vivência e isolamento na prática profissional diária (Penello; Magalhães, 2010).

" A roda rodou", como diz a música de Chico Buarque, "roda viva de compartilhamento – roda moinho das dores e roda pião das alegrias – surgido do caldeirão de afetos no qual os trabalhadores da saúde estão inseridos" (Pitombo; Neri, 2010). Para ser cuidador no sentido profundo e humano do termo está para além de dominar as técnicas médicas e, passa por ser afetado e transformado pelas vivências constantemente. O cuidador está vivo para poder cuidar e ser criativo, tal como Winnicott propõe. "Que possam se sentir vivos, mesmo lidando com situações de morte e sem que sejam indiferentes ao sofrimento alheio."(Rosário, 2010) "Restaurar a saúde e o bem viver é poder falar de si, compartilhar dores e medos, fragilidades e forças, dar as voltas no caminho, contar histórias e afetos, enfim, com-versare." (Márcia Merquior).

16 de novembro de 2021

Protocolo SPIKES

É um método direto e prático para o uso de estudantes e profissionais que trabalham em centros oncológicos, que serve para comunicar situações difíceis no tratamento. Para este projeto, pensou-se na interrelação : os médicos também eram atingidos "à queima roupa". Tem como **objetivos**: escutar o paciente com a finalidade de conhecer o seu grau de informação sobre a doença, suas expectativas e seu preparo para receber a má notícia; transmitir informação médica de maneira inteligível, de acordo com as possibilidades, necessidades e desejos do paciente; dar suporte ao paciente, utilizando habilidades profissionais para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados por quem recebe a má notícia; e desenvolver uma estratégia, sob a forma de um plano de tratamento, com a contribuição e a colaboração do paciente. Um roteiro foi baseado nesse protocolo:

- **Etapa 1** – como planejar a entrevista: rever os dados que fundamentam a má notícia (resultados de exames, tratamentos anteriores, literatura médica e informações gerais sobre o paciente); avaliar seus próprios sentimentos – positivos e negativos – sobre a transmissão dessa má notícia para esse paciente; buscar ambiente com privacidade; informar sobre restrições de tempo ou interrupções que possam ser inevitáveis; desligar o celular ou pedir a um colega para atender; envolver pessoas importantes, se esse for o desejo do paciente; sentar-se e colocar-se disponível para o paciente.
- **Etapa 2** – como avaliar a percepção do paciente "antes de contar, pergunte": procurar saber como o paciente percebe sua situação médica (o que tem, se é sério ou não); o que já lhe foi dito sobre o seu quadro clínico e o que procurou saber por fontes leigas ou profissionais, internet etc; qual sua compreensão sobre as razões pelas quais foram feitos os exames. Perceber se o paciente está comprometido com alguma variante de negação da doença: pensamento mágico; omissão de detalhes médicos essenciais, mas desfavoráveis sobre a doença; ou expectativas não realistas do tratamento. Corrigir desinformações e moldar a má notícia para a compreensão e a capacidade de absorção do paciente.
- **Etapa 3** – como avaliar o desejo de saber do paciente e obter o seu pedido por informações: procurar saber, desde o início do tratamento, se o paciente deseja informações detalhadas sobre o diagnóstico, o prognóstico e os pormenores dos tratamentos ou se quer ir pedindo informações gradativamente. Oferecer-se para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos. Negociar a transmissão de informação no momento em que se pedem exames: se o paciente vai querer detalhes sobre os resultados ou apenas um esboço que possibilite a discussão do plano de tratamento.
- **Etapa 4** – como transmitir a notícia e as informações ao paciente: anunciar com delicadeza que más notícias estão por vir; dar tempo ao paciente para se dispor a escutá-las; evitar termos técnicos, adaptando-se ao vocabulário e ao nível de compreensão do paciente; evitar a dureza excessiva, amenizando a transmissão de detalhes desnecessários. Informar aos poucos, buscando conferir o progresso de sua compreensão. Quando o prognóstico é ruim, evitar transmitir desesperança e desistência, valorizando, ao contrário, os cuidados paliativos, o alívio dos sintomas e o acompanhamento solidário.
- **Etapa 5** - como validar a expressão de sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções dos paciente (e familiares): favorecer a expressão dos pacientes e familiares sobre o impacto da má notícia, dando voz a seus sentimentos e emoções para ajudá-los a superar estados de choque e evitar o descontrole. Acolher a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo de pacientes e familiares, dando-lhes algum tempo para se acalmarem e abrindo-lhes

as possibilidades de continuidade do acompanhamento. Buscar respostas de reconhecimento e sintonia afetiva, ensaiar perguntas exploratórias que favoreçam a expressão dos sentimentos e das preocupações em jogo, assim como afirmativas reasseguradoras da legitimidade dessas expressões para reduzir os sentimentos de isolamento do paciente e de familiares; expressar solidariedade e validar sentimentos e pensamentos.

- **Etapa 6** – resumir e traçar estratégias: resumir as principais questões abordadas e traçar uma estratégia ou um plano de tratamento para ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros. Antes de discutir um plano de tratamento, perguntar aos pacientes se eles estão prontos para essa discussão e se aquele é o momento. Compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente (o que pode também reduzir qualquer sensação de fracasso da parte do médico quando o tratamento não é bem sucedido). Avaliar o não entendimento de pacientes sobre a discussão, prevenindo sua tendência a superestimar a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento. Ser honesto sem destruir a esperança ou vontade de viver dos pacientes.

Consenso SPIKES Jr.

Em caso de más notícias a crianças, utiliza-se o Consenso Spikes Jr. É preciso escutar o paciente, seus familiares ou cuidadores com a finalidade de conhecer o seu grau de informação sobre a doença, suas expectativas e preparo para receber a má notícia. Estimular a presença constante dos pais, simultaneamente quando possível, para participarem dos esclarecimentos em conjunto. Transmitir informação médica de forma inteligível, de acordo com as possibilidades, necessidades e desejos do paciente. Informar ao paciente, criança ou adolescente, respeitando os recursos cognitivos e emocionais de acordo com seu estágio de desenvolvimento. Dar suporte ao paciente e seus familiares, utilizando habilidades profissionais para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados por quem recebe a má notícia. Reforçar a importância da família ser acolhida e fornecer possibilidades de suporte psicossocial para que esta não se desestruture em função do adoecimento de um de seus membros. Desenvolver estratégias, sob a forma de um plano de tratamento, com a contribuição e colaboração do paciente. Tentar estabelecer as redes de apoio familiar para revezamento ou substituição temporária de acompanhamento ao paciente.

Além de aplicar as mesmas etapas do protocolo SPIKES que são aplicadas ao adulto é importante, nesse caso, identificar os profissionais da equipe com os quais o paciente e seus familiares criaram vínculos e realizar as entrevistas, sempre que possível com dois profissionais da equipe; verificar se a equipe interdisciplinar está atualizada com a situação do paciente; e após a reunião com a família, os profissionais envolvidos devem atualizar toda a equipe interdisciplinar sobre o pacto realizado com os mesmos. Antes de conversar com a criança ou adolescente, identificar os membros do universo familiar e social do paciente com maior capacidade de liderança e estabilidade para contribuir no momento da comunicação de más notícias, incluindo a situação de luto. É importante destacar que pensamento mágico e recursos lúdicos podem ser instrumentos importantes para a comunicação e a elaboração de notícias e situações difíceis para crianças, adolescentes e familiares. Lembrar que, por vezes, “a fantasia sustenta a vida”. Corrigir desinformações e moldar a má notícia para a compreensão e capacidade de absorção do paciente e familiares. Na clínica pediátrica e com adolescentes, a situação deve ser amplamente esclarecida e alguém da família deve obrigatoriamente ocupar esse “lugar” de responsabilidade. No caso de o paciente não desejar ou não ter condições de ser informado sobre questões de continuidade do processo e decisões do tratamento, alguém da família deve ser esclarecido sobre a autonomia da equipe, com o máximo de compartilhamento e o mínimo de conflito possível. Desenvolver estratégia, sob a forma de um plano de tratamento, com a contribuição e colaboração do paciente. Tentar estabelecer as redes de apoio familiar para revezamento ou substituição temporária de acompanhamento ao paciente.

Oferecer-se para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos. Procurar não mentir, nem tratar a criança ou adolescente “como bobo”. Negociar com a família esses aspectos. Negociar a transmissão de informação no momento em que se pede exames: se o paciente e família vão querer detalhes sobre os resultados ou apenas um esboço que possibilite a discussão do plano de tratamento.

Algumas opções de conduta em relação à comunicação de notícias difíceis no caso de crianças e adolescentes podem ser utilizadas: 1) família falar com o paciente; 2) profissional da saúde, na presença da família, falar com o paciente; 3) evitar termos técnicos, adaptando-se ao vocabulário e nível de compreensão do paciente. Considerar as referências culturais e sociais singulares dos pacientes e familiares. Por vezes, “caroço”, “doença ruim”, “cansaço” dizem mais que câncer, tumor maligno ou doença respiratória crônica. Evitar a dureza excessiva, amenizando a transmissão de detalhes desnecessários. Informar aos poucos, buscando conferir o progresso de sua compreensão. Quando o prognóstico é ruim, evitar transmitir desesperança e desistência, valorizando, ao contrário, os cuidados paliativos, o alívio dos sintomas e o acompanhamento solidário. Estar ciente da fase em que a criança ou o adolescente se encontra, seu nível de compreensão, cognição, personalidade e protagonismo. Sobretudo nessa população, considerar a importância da comunicação não verbal: o olhar, o gestual e o desenho podem ser recursos interativos produtores de alívio.