

Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente

From the Biomedical to the Biopsychosocial Model: a project of permanent education

Mario Alfredo De Marco¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica;
- Capacitação;
- Corpo Clínico Hospitalar;
- Psicologia Médica.

KEY-WORDS:

- Education, Medical;
- Training;
- Medical Staff, Hospital;
- Psychology, Medical.

RESUMO

Dentro do movimento amplo de implantação de um modelo de atenção biopsicossocial em saúde, temos desenvolvido uma série de ações que incorporam as características de um processo de educação permanente.

Desenvolvemos, dentro desta proposta, uma série de atividades com alunos e profissionais e destacamos neste trabalho a aplicação de uma metodologia na qual o aluno de graduação tem uma função que temos denominado de “dupla-face”, na medida que ele é tanto alvo como agente do processo de educação permanente.

Dentro desta perspectiva, este ano estamos formalizando a aplicação de um instrumento de orientação, observação e entrevistas, especialmente adaptado para essa finalidade.

ABSTRACT

Within the broad movement to introduce a biopsychosocial model in health care we have developed actions that incorporate features of permanent education.

With this perspective, we developed many activities with medical students and health professionals and this paper is focused on a methodology in which the student has what we call a “double-face” function, being target but also agent of continued education.

This year we are introducing the use of an instrument of orientation, observation and interviews, especially adapted to this purpose.

Recebido em: 28/04/2004

Reencaminhado em: 09/11/2005

Reencaminhado em: 20/12/2005

Aprovado em: 18/11/2005

¹ Professor Adjunto, Chefe da Disciplina de Psicologia Médica e Psiquiatria Social, Coordenador do Curso de Psicologia Médica do 2º ano médico, Coordenador Geral do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde do Hospital São Paulo, Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A reintegração da dimensão psicossocial ao ensino e às práticas em saúde, visando à construção de um modelo biopsicossocial em contraposição ao modelo biomédico que se cristalizou nos últimos séculos, tem ganhado impulso a partir de contribuições que emergiram de diversas áreas de conhecimento, particularmente a partir do início do século XX¹.

No campo médico, as mudanças promoveram a formação de várias áreas de ensino, investigação e prática: Psicologia Médica, Psicossomática, Psicanálise, Medicina Comportamental, Interconsulta, só para citar algumas, que se estruturaram a partir da virada do século XIX para o século XX, com aproximações metodológicas próximas ou distintas, mas voltadas para áreas contíguas.

As influências no plano curricular e nas práticas em saúde permanecem ativas, refletindo-se em uma série de mudanças e movimentos que tentam incorporar esses aspectos. O atual interesse pela humanização pode ser incluído nessa trajetória que tenta incorporar os aspectos psicossociais ao modelo biomédico. Neste aspecto, cabe destacar, as medidas que vêm sendo implementadas, pelo Ministério da Saúde, no intuito de estabelecer uma política de educação permanente em saúde (“Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” e “Aprender-SUS”)³

A EXPERIÊNCIA NA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Na Escola Paulista de Medicina (EPM), o curso de Psicologia Médica passou a integrar o programa de graduação a partir de 1956. Criado pelo Departamento de Psiquiatria, por sugestão do dr. Durval Marcondes, introdutor da psicanálise no Brasil, o curso tinha, inicialmente, presença restrita ao 3º ano. Esta situação perdurou até 1986, quando houve ampliação, estendendo a presença aos três primeiros anos do curso médico. Atualmente, estamos presentes do 1º ao 5º ano.

A presença da psicologia médica e de outras atividades curriculares (currículo nuclear) do Departamento de Psiquiatria está assim distribuída:

- 1º ano – 2º semestre – 2 horas semanais – Psicologia Médica I
- 2º ano – 1º e 2º semestre – 2 horas semanais – Psicologia Médica II
- 3º ano – 1º semestre – 2 horas semanais – Psicologia Médica III
1º semestre – 24 horas semanais – 5 semanas por grupo – Psiquiatria

- 4º ano – 5 semanas por turma – 2 horas semanais – Psicologia Médica IV
- 5º ano – 6 semanas por turma – 20 horas semanais – Internato I
6 semanas por turma – 40 horas semanais – Internato II (Centro alfa)

Este ano mais uma mudança no currículo tem contado com nossa participação: o programa de Aproximação à Prática Médica, que visa colocar os alunos em contato, desde o 1º ano, com aspectos da prática médica nos diferentes ambientes onde a mesma é exercida (hospital, unidades básicas etc). O trabalho é bastante promissor e acena com a perspectiva de uma visão cada vez mais integral e integrada da atividade médica e dos processos de ensino dessa atividade. O destaque, que introduz um importante diferencial, é a atuação integrada de professores das diferentes especialidades, na forma de participação conjunta nas aulas e discussões com os alunos.

Outra experiência importante e pioneira foi a organização do serviço de interconsulta do Departamento de Psiquiatria da Unifesp-EPM, em 1977. Inspirado, principalmente, no modelo proposto por Ferrari e Luchina². O trabalho foi construindo, gradativamente, um perfil mais particular, apresentando, neste momento de sua evolução, as seguintes características básicas:

• Intervenção orientada a partir do campo interacional

A intervenção é estruturada a partir da observação do campo que se configura na interação entre a equipe de saúde (incluindo o ambiente hospitalar e o plano institucional) e o grupo sob atenção (que envolve paciente, familiares e a rede social).

• Atendimento especializado integrado à perspectiva do campo

O atendimento psiquiátrico e psicológico especializado pode ser realizado tanto pelo próprio interconsultor, se ele estiver capacitado e for adequado à situação, quanto por outro profissional, capacitado para a intervenção específica, que será, então, convocado a se integrar ao atendimento. O atendimento específico tem seus critérios próprios, mas estará sempre sendo considerado em função da perspectiva mais ampla, mesmo nos casos em que, aparentemente, apenas uma intervenção específica é requisitada e/ou pareça necessária.

• Educação permanente dos profissionais, estudantes, pacientes e familiares

Um ponto importante em toda intervenção é a sensibilização e a educação permanente dos profissionais, estudan-

tes, pacientes e familiares para os fenômenos da vida mental e emocional e da dimensão social presente e atuante nas situações.

Desenvolvimentos

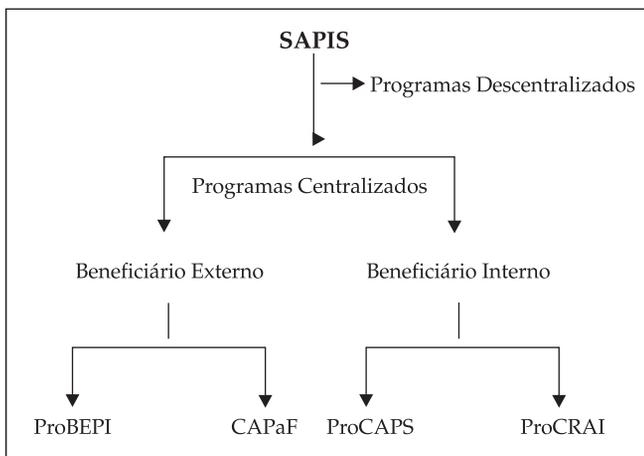
A partir de 1999, surgiu um interesse mais consistente no sentido de uma integração e de uma atuação mais ampla em Saúde Mental no Hospital São Paulo.

Diversos fatores concorreram para o surgimento e a concretização deste interesse, merecendo destaque, como fatores mais recentes, os programas de humanização e o desenvolvimento de sistemas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde hospitalares, em concordância com o Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e pela Organização Nacional de Acreditação.

Para efetivar a integração, foi decidida a implantação de um serviço visando promover uma atenção mais ampla às necessidades gerais e específicas do hospital e seus setores, bem como reorganizar a inclusão de profissionais de saúde mental nas enfermarias e ambulatórios, definindo critérios de inserção e capacitação destes profissionais.

SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INTEGRADA EM SAÚDE (SAPIS-HSP)

ORGANOGRAMA – SAPIS-HSP



Legenda:

SAPIS – Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde.

ProBEPI – Programa de Bem Estar do Paciente Internado.

CAPaF – Centro de Aprendizado do Paciente e Família.

ProCAPS – Programa de Capacitação e Assessoria ao Profissional de Saúde.

ProCRAI – Programa de Capacitação da Rede de Apoio Institucional Beneficiário externo – Refere-se ao usuário da instituição, ou seja, ao paciente e aos seus familiares (ou cuidadores).

Beneficiário interno – Refere-se ao profissional da instituição, seja de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, alunos dos cursos de saúde etc.) ou de nível técnico-administrativo não terceirizado (escriturário, secretárias, auxiliares administrativos, seguranças, faxineiros etc.).

Conforme exposto no Organograma, o serviço se articula em duas frentes de organização: programas centralizados e descentralizados:

A) Programas centralizados: referem-se às medidas gerais, para a instituição como um todo.

ProBEPI – Programa de Bem Estar do Paciente Internado

– Objetivos:

- Melhorar a sensação de bem-estar do paciente internado.
- Favorecer a organização/reorganização, no plano intra e extra-hospitalar, de uma rede de apoio social ao paciente.
- Oferecer estímulos e possibilidades de opção para atividades, como, por exemplo, oficinas de terapia ocupacional.
- Implementar e estimular atividades de visita pelo corpo de voluntários do hospital e líderes espirituais (padre, pastor, rabino, grupo de oração etc.) para atender demandas de suporte material e espiritual do paciente.
- Distribuir material (folhetos e outros) desenvolvido pelo SAPIS que abordará tópicos de interesse do paciente, direitos do paciente, descrição da rotina de atendimento etc.

CAPaF – Centro de Aprendizado do Paciente e Família

– Objetivos:

- Constituir um espaço de acolhimento, informação e orientação para todo paciente do HSP e sua família, através da implantação de um Centro de Informação em Saúde.
- O centro disponibilizará material adequado para informar sobre saúde, doença e tratamentos (livros, revistas e computadores ligados à internet em sites de busca).
- Oferecer grupos de acolhimento (grupos psico-educacionais) para os familiares dos pacientes internados, visando discutir suas necessidades, medos e insegurança em relação ao tratamento.
- Organizar grupos de temas específicos que demandam maior atenção (por exemplo, sobre Aids, câncer, morte etc.).

- Realizar palestras abertas à comunidade sobre as doenças mais prevalentes e recursos de tratamento da rede pública.

ProDAPS – Programa de Discussão e Apoio ao Profissional de Saúde

– *Objetivos:*

- Estreitar contato do profissional de saúde mental com os profissionais de saúde da instituição que cuidem diretamente do paciente.
- Desenvolver atividades psico-educacionais, isto é, ensinar e rever conceitos sobre a relação do profissional de saúde com o paciente e familiares, além de trabalhar, de forma geral e preventiva, as dificuldades emocionais do grupo profissional em lidar com situações adversas (óbito, pacientes sem prognóstico, famílias querelantes, etc).
- Desenvolver atividades teóricas (palestras) e práticas na forma de grupos de discussão dos atendimentos (grupos Balint).
- Oferecer treinamento em técnicas de fácil aplicação que capacitem o profissional a aliviar as tensões resultantes da atividade profissional.

ProCRAI – Programa de Capacitação da Rede de Apoio Institucional

– *Objetivos:*

- Estabelecer parceria com o Departamento de Recursos Humanos do HSP para desenvolver ações de treinamento e capacitação dos profissionais.
- Desenvolver manuais sobre a relação de cada categoria profissional com o paciente, orientando quanto à forma de procedimento em situações específicas (por exemplo, paciente tentando fugir do hospital, paciente agressivo etc.)

B) Programas descentralizados: são ações e programas elaborados de acordo com as demandas e específicos para setores, enfermarias ou ambulatórios, que visam:

- Assessorar e integrar programas já existentes (ações na área da atenção psicossocial são desenvolvidas em vários setores e enfermarias do complexo HSP-Unifesp de forma isolada e com padrões muito variáveis).
- Desenvolver programas específicos que atendam às demandas peculiares de cada serviço.
- Implementar e universalizar os programas atendendo prioridades de oferta e de demanda. A expectativa é

que, em alguns anos, seja possível universalizar a atenção psicossocial, ampliando os programas centralizados e estendendo a aplicação de programas descentralizados a todos os setores.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nossa vocação principal tem sido a ‘formação’ dos profissionais, seja no plano da graduação, onde oferecemos um curso com acentuada ênfase formativa, seja no plano dos profissionais de saúde, incluídos aí tanto os que solicitam nossos serviços quanto os que capacitamos para essa tarefa. Nossa intenção é que além do benefício pessoal, esse conhecimento possa contribuir com um efeito multiplicador, particularmente quando o profissional estiver “ocupando cargos e funções diretivas ligados ao ensino, assistência e pesquisa”⁴.

Todas as nossas ações envolvem sempre a dimensão de capacitação e educação permanente dos estudantes, dos profissionais e dos pacientes e seus familiares. Pacientes e familiares são muitas vezes ‘esquecidos’ neste processo de capacitação e educação continuada, o que pode provocar uma série de distorções. Consideramos fundamental sua inclusão, pois, só assim poderemos caminhar para uma mudança consistente na relação terapêutica, distanciada de assistencialismo e paternalismo¹.

Na atenção à educação permanente, sempre procuramos abarcar os diversos níveis institucionais (alunos, médicos, profissionais de saúde em geral, profissionais administrativos, pacientes e familiares). Com a criação do SAPIS o projeto de educação permanente ganha um grande impulso, na medida em que estruturamos um plano de ação ampliado que atinge, agora, a instituição em seus mais variados níveis.

A ampliação se produz dentro dos moldes que sempre nortearam nosso trabalho e a nossa atuação se mantém fiel aos nossos princípios básicos. Se trabalhamos, por exemplo, com o grupo de familiares, nossa preocupação não é simplesmente transmitir informações ou orientações, mas, principalmente, capacitar o paciente e os familiares a conhecer seus direitos, deveres e os meios para alcançar os recursos necessários para atender suas necessidades.

O profissional de ligação, destacado para uma determinada enfermaria ou serviço, tem sempre presente a preocupação de capacitar, para os diversos aspectos de nosso campo, todos os profissionais envolvidos na tarefa assistencial, bem como os estudantes (assessorando e complementando nossas ações no curso de psicologia médica).

Um objetivo central de nosso trabalho é sempre incorporar um cuidado com uma real transformação individual e institucional.

O ALUNO DE GRADUAÇÃO COMO ALVO E AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO

O que pretendo abordar mais especificamente neste trabalho é um aspecto de nosso projeto que envolve o programa de Psicologia Médica na graduação. Conforme já mencionei, cada vez mais temos integrado o ensino de graduação em nossas ações de educação permanente. Algumas características importantes, visando este objetivo, são as seguintes:

- contato com os cenários da prática: o contato direto com os cenários tem sido cada vez mais precoce.
- funcionamento articulado: cada vez mais temos aprofundado a articulação com os demais programas que desenvolvemos (interconsulta, programas de ligação etc)
- funcionamento *dupla-face* em que o aluno funciona tanto como alvo de nossas ações quanto como agente transformador.

No aspecto da exposição mais precoce do aluno aos cenários da prática temos contado, conforme já mencionei, com a contribuição de uma experiência que se iniciou em 2003 com o programa de aproximação à prática médica, do qual participamos intensivamente e com o qual nossas ações procuram funcionar articuladamente.

No segundo aspecto, desde há muitos anos, temos funcionado dentro desta perspectiva: o aluno de graduação, além da oportunidade oferecida pelo programa curricular é objeto de nossa atenção através de uma série de outros contatos. Na solicitação de interconsultas, por exemplo, há algumas que são pedidas pelo próprio estudante, de forma que ele é alvo de nossa atenção. Quando a solicitação ocorre através dos profissionais (médicos, enfermeiros etc), sempre procuramos envolver o estudante que está estagiando na enfermagem.

Mais recentemente, através dos programas de ligação, nosso profissional que atua nas enfermarias tem a oportunidade de interagir de uma forma ampla e contínua com os estudantes que realizam estágios nesses cenários. Esta situação tem permitido um acesso privilegiado e oportunidades de aprofundamento muito amplas. O terceiro item é o que vou abordar de forma mais particularizada.

Já há vários anos os estudantes do 2º ano, como parte do programa de Psicologia Médica, apresentam ao final de cada semestre um trabalho realizado nos cenários de sua atividade. O tema do trabalho do 1º semestre é "o médico e a medicina num mundo em transformação"; no segundo semestre: "A humanização das práticas em saúde – aspectos favoráveis e desfavoráveis do ambiente e das relações. Propostas de intervenção para otimização dos recursos disponíveis".

Os trabalhos envolvem a realização de observações, entrevistas e intervenções que procuram favorecer tanto o aprendi-

dizado do aluno quanto a reflexão de todos os profissionais envolvidos nos cenários. As entrevistas são realizadas tanto com os pacientes quanto com os diversos profissionais envolvidos nos atendimentos, e são estruturadas de forma a estimular a curiosidade e a reflexão sobre questões consideradas relevantes para a construção de uma atenção integral e integrada em saúde. Esta atividade incorpora um aspecto que temos denominado de 'dupla-face' do ensino em Psicologia Médica, no qual o estudante é alvo e agente de construção e transformação. Dentro desta perspectiva, e incluindo essa mesma finalidade, elaboramos em 2004 um instrumento mais estruturado de observação e entrevistas que estaremos testando e avaliando.

INSTRUMENTO PARA ORIENTAR A OBSERVAÇÃO E AS ENTREVISTAS

SUMÁRIO PARA ORIENTAR A OBSERVAÇÃO

Observação

A natureza daquilo que é observado depende da perspectiva a partir da qual observamos.

Modelo Biomédico

O discurso da medicina, via de regra, apóia suas observações e formulações, exclusivamente, a partir da perspectiva do modelo biomédico. Este modelo, refletindo o referencial técnico-instrumental das biociências, exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende. Uma efetividade mais abrangente da prática depende desta compreensão.

A Formação do Médico

A formação do médico está, preponderantemente, ancorada no modelo biomédico. Esta situação favorece a construção de uma postura de desconsideração aos aspectos psicossociais tanto dele próprio quanto dos pacientes.

O Modelo Biopsicossocial

A perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social. Quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva.

Comunicação

A partir da perspectiva biopsicossocial é evidente a importância de uma comunicação efetiva, no sentido de criar um vínculo adequado, assegurando que os problemas e preocupações dos pacientes são entendidos por aqueles que oferecem cuidados, e que, informação relevante, recomendações e tratamento são entendidos, lembrados e efetivados pelos pacientes.

Escutando os Pacientes

Boa comunicação é um processo de duas vias: requer tanto fala quanto escuta efetiva. Pacientes têm suas próprias crenças sobre seus corpos, saúde e doenças. Comunicação efetiva requer que os médicos percebam a perspectiva a partir da qual o paciente está se expressando e, quando necessário, tentem corrigir concepções distorcidas. Informações e recomendações devem ser fornecidas dentro do campo de conhecimento e compreensão dos pacientes.

Comunicação Verbal e Não-Verbal

O canal não-verbal é uma parte integral de toda comunicação. Expressões, gestos, contato visual e posturas corporais são componentes importantes da comunicação não-verbal.

Disponibilização de Informações

Em geral, os pacientes querem mais informação do que lhes é fornecida. Uma vez que os pacientes variam em relação ao conhecimento que possuem, à quantidade e tipo de informação que querem e às suas expectativas em relação à consulta, é importante discutir isso com eles. É também essencial verificar a compreensão e a fixação de informação relevante com os pacientes a intervalos regulares. Um problema comum de comunicação é o uso de jargão e termos técnicos.

Informações sobre Procedimentos

O estresse dos procedimentos médicos pode ser diminuído com o fornecimento de informações para reduzir a incerteza dos pacientes. Isto inclui informações sobre os vários procedimentos que têm lugar nos diferentes estágios e informações sobre o que poderá ser experimentado. Dor e desconforto são menos incômodos se esperados. É útil, também, fornecer aos pacientes recomendações sobre comportamentos e procedimentos que possam reduzir as sensações desprazerosas e aumentar o relaxamento.

Comunicação de 'más notícias'

As respostas dos pacientes às más notícias são altamente variáveis e imprevisíveis. Eles podem expressar sua ansieda-

de como raiva, que pode incluir raiva dirigida ao portador da notícia. Se isto acontece, a relação médico-paciente fica vulnerável e para ser preservada são necessárias paciência e compreensão da situação.

As principais razões que levam os médicos a evitar lidar com os aspectos emocionais resultantes das más notícias são:

- falta de treinamento;
- medo de aumentar o estresse do paciente;
- falta de suporte emocional e prático dos colegas;
- preocupação quanto à própria sobrevivência emocional.

DECISÕES SOBRE O TRATAMENTO

Os pacientes diferem na extensão pela qual querem ser envolvidos nas decisões sobre o tratamento. Contudo, a maioria prefere uma interação colaborativa; oferecer escolha de tratamento e considerar as preferências dos pacientes mostrou-se útil para reduzir ansiedade e depressão. Dessa forma, a escolha informada e consentida não é um princípio abstrato, mas está associada à boa evolução psicológica, tanto emocional como comportamental.

Dilemas Éticos

Tomar decisões pode envolver dilemas éticos que o profissional precisa estar preparado para enfrentar.

Educação Permanente

O processo de aquisição e evolução de conhecimentos e capacidades tanto dos profissionais como dos pacientes e seus familiares é um processo contínuo. Os conhecimentos crescem exponencialmente tornando impossível dominar inteiramente qualquer campo de atividade. As capacidades, em contrapartida, necessitam do uso contínuo para sua evolução. Mais que ter conhecimentos é importante estar disponível e capacitado para a busca dos conhecimentos e a evolução das capacidades.

PREPARO PARA A ENTREVISTA

- O modelo biopsicossocial exige que o médico evolua, além das capacidades técnico-instrumentais, suas *capacidades de contato e comunicação*.
- Quando você for realizar uma entrevista ou uma consulta é importante ter presente o que isto implica para você e para a pessoa entrevistada.

Encontrando com o Outro

- Para que um encontro efetivo ocorra é importante manter a mente aberta – você não conhece a pessoa com a qual você está interagindo. É importante, portanto, não se deixar influenciar por imagens prévias ou preconceitos.

- Cada pessoa é um universo muito amplo que é, em grande medida, desconhecido para a própria pessoa. Você, da mesma forma, vai poder ter acesso somente a uma parte muito pequena desse ser.

Lembre-se:

- Todo contato produz ansiedade, seja em quem está entrevistando, seja em quem está sendo entrevistado. É importante que isto seja levado em conta, aceito e observado.
- É útil, então, que você respeite o fato que todo encontro entre pessoas desperta algum tipo de tensão. A tendência, quando não há uma percepção adequada das angústias despertadas no encontro, é a pessoa ficar 'armada'.
- Os níveis de ansiedade que surgem em cada encontro são variados e podem ser um indicador importante a ser considerado.

Observando

- A observação exige, antes de tudo *presença*. Se você está presente fisicamente, mas sua atenção está ausente, voltada para seus pensamentos, lembranças etc., será impossível realizar uma observação adequada.
- Todos estamos carregados de imagens prévias, resultados de uma série de experiências e também de nossas fantasias. Temos imagens sobre tudo e todos. É importante, então, para realizar uma autêntica observação, não confundir as imagens com a pessoa real que está à sua frente. Por exemplo, a imagem que você tem de um paciente pode ter muito pouca relação com o paciente que está na sua presença.
- É útil, quando você está realizando observações, deter-se a observar a forma como você está observando.
- Observar o que acontece com você, também pode ser muito útil. As impressões, sensações e emoções despertadas pelo contato podem ajudar, quando adequadamente interpretadas, a perceber o que está se passando com a pessoa com a qual você está em contato e qual a natureza do vínculo que está se estabelecendo.

A Comunicação

- É importante ter presente que a linguagem verbal é uma forma evoluída de comunicação, que funciona lado a lado com outras formas mais primitivas (gestos, expressões corporais etc.) ou de natureza distinta (escrita, pintura, música etc.).
- A linguagem verbal é um instrumento que pode ser usado tanto para revelar quanto para encobrir os fatos.

- A linguagem verbal tem um *conteúdo* e um *corpo*. Este é denominado *paralinguagem* e se refere ao som ou à qualidade de voz que acompanha a fala (altura, tom e ritmo). A paralinguagem revela muito sobre a situação que a pessoa que fala se encontra.
- Temos, ainda, a *linguagem não-verbal* que compreende as expressões, gestos, contato visual, posturas corporais etc. Tanto a paralinguagem como a comunicação não-verbal são cruciais no processo de comunicação. É importante perceber as inconsistências entre os dados verbais e os não-verbais. Estes costumam ser mais confiáveis. Por exemplo, um paciente que diz que tudo está bem, chorando ou com os olhos marejados, está lutando, tentando manter distantes as emoções que acabam por se manifestar através da linguagem não-verbal.

Características do Vínculo

- A qualidade da comunicação é consequência do vínculo que se estabelece.
- As características do vínculo podem ter muitas descrições, dependendo da perspectiva enfatizada e dos aspectos destacados.
- Se você destacar, por exemplo, os aspectos de cooperação e competição, você pode observar se o que prevalece no vínculo é a cooperação ou a competição.
- Há algumas classificações mais gerais que agrupam as qualidades do vínculo em categorias⁵. Por exemplo: *vínculo paternalista*, no qual os profissionais de saúde dominam a agenda, objetivos e tomada de decisões a respeito tanto das informações quanto dos serviços. O pressuposto básico é que o profissional de saúde é o guardião, agindo no melhor interesse do paciente, a despeito das preferências deste (este costuma ser o modelo de vínculo mais prevalente); *vínculo mutualista*, no qual existe um balanceamento do poder, respeitadas as peculiaridades de cada papel. Os objetivos, agenda e decisões relacionadas à consulta são resultado de negociação entre parceiros; paciente e profissional de saúde trabalham em associação, e o diálogo é o veículo através do qual os valores do paciente são explicitamente articulados e explorados. Através deste processo o profissional de saúde atua como conselheiro ou orientador; *vínculo consumerista ou consumista*, no qual o modelo mais típico de relação de poder entre profissional de saúde e paciente está invertido. O paciente é que dita a agenda e os objetivos e assume a responsabilidade pela tomada das decisões. Este tipo de vínculo redefine o encontro como uma transação de mercado.

O que Perguntar?

- As perguntas, evidentemente, são consequência do objetivo que você tem em mente. Se seu foco está voltado para a investigação da doença, você deve ter um roteiro e conhecimentos que possibilitem relacionar sintomas que aparentemente podem parecer não relacionados.
- Da mesma forma, quando o foco está voltado para a pessoa, você precisa ter um roteiro que ajude a focar características de personalidade e vivências significativas. Neste campo, há alguns conhecimentos que são intuitivos e experienciais, outros dependem de um preparo prévio. Por exemplo, você, pela sua própria vivência, sabe que quando uma pessoa adoece tende a ficar mais fragilizada emocionalmente. Você pode, então, fazer perguntas e observações para verificar o quanto a pessoa está fragilizada.

Como Perguntar?

- Quanto ao conteúdo, existem perguntas que tendem a direcionar excessivamente e induzir as respostas ou perguntas muito amplas que, quando em excesso, tendem a produzir dispersão e perda de objetividade. De uma maneira geral, o ideal é se movimentar do mais amplo para o mais específico.
- Quanto ao modo como é formulada a pergunta, vale lembrar a piada que define chato como: o sujeito ao qual você pergunta como vai e ele realmente responde. Ou seja, existem perguntas que são feitas formalmente e que não são para serem efetivamente respondidas. É importante, então, você ter presente se está perguntando formalmente ou está perguntado com um interesse real na resposta. Isto vai influenciar a qualidade das respostas que você vai obter.
- Procure evitar perguntas fechadas, pois, geralmente as respostas, não são significativas. Por exemplo, se você pergunta: 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?
- Perguntas sobre a vida pessoal podem despertar angústias tanto nos pacientes como nos profissionais. Uma forma de defesa comum em relação a essa situação é 'pra que ele está me perguntando isto?'

Porque é importante perguntar sobre a vida pessoal?

Você precisa conhecer a pessoa, pois o adoecer sempre tem a participação de fatores físicos, psico-emocionais e soci-

ais. Da mesma forma, o modo como a pessoa vai lidar com a doença e com o tratamento depende de todos estes fatores.

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Não existe *uma* forma correta e determinada de realizar uma entrevista. É importante que você tenha seu estilo pessoal. A *autenticidade* é um grande facilitador do contato e da comunicação.

Os roteiros e indicações são muitos úteis desde que você os utilize de acordo com a sua **preferência e estilo**.

O roteiro é para servir como guia e não para escravizar. Se você ficar muito preso ao roteiro, vai mecanizar o processo e prejudicar o contato e a relação. O roteiro é útil para ajudá-lo a ter presentes as informações relevantes que você precisa obter.

Existem algumas recomendações gerais que você pode considerar:

- A ansiedade fica diminuída quando informação apropriada é fornecida. É importante que a pessoa saiba quem você é e ao que você está se propondo.
- Pode ser útil também não entrar intempestivamente nos assuntos que você tem interesse em abordar, mas que você faça um pequeno 'aquecimento' da relação.
- Perguntas amplas, do tipo 'É aí, como vão as coisas?' podem ser úteis para proporcionar esse 'aquecimento' do contato.

ROTEIRO 1 – a entrevista com o paciente

O objetivo desta entrevista é que você verifique com o paciente os aspectos biopsicossociais relevantes que influenciaram sua constituição e seu adoecer. Para tanto, propomos o seguinte roteiro:

I. Identificação

Nome:			Procedência:
Idade:	Sexo:	Estado Civil:	Profissão:
Naturalidade:			Nacionalidade:

II. Anamnese sobre o adoecer

A. O adoecer

1. O paciente

- Descrição pelo próprio paciente de sua doença e da forma como se instalou.
- Repercussões do adoecer no paciente.
- Repercussões da internação no paciente.

2. A família

- Constituição e relacionamento familiar.
- Repercussões do adoecer na família.
- Repercussões da internação na família.

3. O trabalho

- Relacionamento com o trabalho.
- Como o adoecer repercutiu na sua situação profissional (e financeira) e que conseqüências está trazendo para o paciente e a família.

4. O grupo social

- Características de sua inserção social (familiares, amigos, grupos comunitários, grupos religiosos).
- Como o contexto social reagiu à doença.
- Atuação da rede de apoio social frente à situação (familiares, amigos, grupos comunitários, grupos religiosos).

5. Os profissionais de saúde

- Relacionamento com os médicos (sabe quem é o médico – ou médicos – que o acompanha? Se sente bem atendido? Adequadamente informado quanto ao seu estado e aos procedimentos? Participa das decisões sobre a condução de seu tratamento?).
- Relacionamento com os outros profissionais de saúde (mesmos quesitos, quando pertinente).

6. O ambiente hospitalar

- Impressão geral sobre o hospital e seu funcionamento.
- Relacionamento com os outros pacientes.
- Construção do seu dia-a-dia no hospital (atividades, interesses, visitas)

B. Antecedentes

1. História de vida

- Família de origem.
- História desde sua concepção até o momento atual.
- Acontecimentos que *marcaram* sua vida e razões por que marcaram.

2. História da profissão

- Escolha da profissão.
- Formação profissional.
- Diferentes empregos e características de sua vida profissional (relacionamento com patrões, com colegas, satisfação com o trabalho etc.)
- Condição financeira.

3. História social

- Grupo social de origem e mudanças de grupo social.
- Histórico de suas ligações com grupos sociais (comunitários, religiosos etc).
- Mobilidade social.

ROTEIRO 2 – a entrevista com o profissional de saúde

O objetivo desta entrevista é verificar junto aos profissionais de saúde o tipo de concepção que eles têm da prática profissional e se eles estão funcionando a partir de um modelo biomédico ou a partir de um modelo biopsicossocial. Verificar, ainda, quais as capacidades que eles consideram importantes serem evoluídas pelo profissional de saúde.

Para tanto, propomos o seguinte roteiro:

I. Identificação

Nome:	Procedência:
Idade: Sexo: Estado Civil:	Profissão:
Naturalidade:	Nacionalidade:

II. Identificação profissional

Ano da formatura:	Especialidade:
Vínculo com a instituição:	
Outros vínculos e atividades profissionais:	

III. Concepção da atividade profissional

1. O contato

- Considera importante conhecer o paciente e sua história ou considera mais vantajoso centrar-se exclusivamente na doença? Por quê?
- Costuma dar atenção às reações emocionais do paciente frente ao adoecer? Quais as que observa com mais frequência? Como lida com essas situações?

2. A condução

- O que pensa e como procede quanto a manter o paciente informado sobre as suas condições e a condução do tratamento?
- O que pensa e como procede quanto a informar o paciente sobre os procedimentos que estão sendo ou serão realizados?
- Considera importante que o paciente participe das decisões do tratamento? Por quê?

3. O vínculo

- Costuma ficar atento ao tipo de ligação que estabelece com o paciente?
- Em caso afirmativo, quais as características que considera importantes estarem presentes nessa ligação?

4. A continuidade dos cuidados

- Como tem vivenciado e o que pensa sobre a questão da fragmentação dos cuidados (vários especialistas cuidando do mesmo paciente)?
- Qual a forma de contato que mantém com os outros profissionais que participam da assistência ao paciente?
- Como costuma manejar a alta (orientações quanto aos procedimentos, tratamento e medidas de reabilitação) e o encaminhamento do paciente?

5. Comunicação de más notícias

- Considera sua atribuição a comunicação de más-notícias? Por quê?
- Em caso afirmativo, quais os cuidados que julga necessários e como lida com as reações provocadas?

6. Cuidados paliativos

- Como costuma proceder e reagir frente a situações nas quais só são possíveis cuidados paliativos?

7. A morte

- Como lida com o paciente moribundo e seus familiares?
- E com a morte?
- Ocorreu algum preparo para lidar com esta situação? Como ocorreu este preparo?
- Como pensa que deveria ocorrer este preparo?

8. Os dilemas éticos

- Quais os dilemas éticos mais comuns e/ou importantes que verifica na prática profissional?
- Ocorreu algum preparo para lidar com estas situações? Como ocorreu este preparo?
- Considera importante o médico estar preparado para lidar com estes dilemas? Como deveria ocorrer este preparo?

IV. Os pré-requisitos para o exercício atividade profissional

1. As capacidades

- Considera importante que o profissional de saúde seja preparado não só em termos de habilidades técnico-instrumentais, mas também em suas capacidades relacionais? Por quê?
- Em caso afirmativo, quais capacidades relacionais considera importantes que o profissional de saúde utilize e evolua para um desempenho mais apropriado de sua função?

2. As condições

- Quais condições (ambiente, horários, volume de trabalho, relacionamento entre profissionais etc.) você tem percebido como prejudiciais ao seu exercício profissional? Por quê?
- Tem conhecimento da descrição da síndrome do *burn-out*? Através de que meios?
- Já observou essa situação na prática? Em que circunstâncias?

3. A equipe

- Como tem sido seu funcionamento na equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais etc.)
- Qual a importância que atribui ao funcionamento em equipe?

4. A educação continuada

- De que formas você tem-se mantido atualizado para o exercício de sua atividade?
- Que outros recursos considera que poderiam ser úteis? Por quê?

CONCLUSÃO

Dentro de nossa proposta de que o aluno de graduação seja alvo e instrumento de transformação da atenção em saúde, visando à incorporação de uma atenção integral e integrada, característica do modelo biopsicossocial, temos desenvolvido uma série de ações e atualmente estamos introduzindo, para ser testado e avaliado, um instrumento que orienta a observação e as ações a partir desse modelo.

Tal instrumento foi estruturado de forma a fornecer informações básicas ao aluno para nortear suas observações e as entrevistas. As entrevistas pretendem, além de introduzir o aluno à prática desta postura, estimular a reflexão dos entrevistados para as questões relevantes enfatizadas pela perspectiva biopsicossocial.

Esta forma de articular o ensino da graduação procura colocar o aluno na perspectiva que temos denominado de *dupla-face* de sua função, na medida em que este é alvo e agente do processo de educação continuada e transformação institucional.

REFERÊNCIAS

1. DeMarco MA. A face humana da medicina – do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2003.
2. Ferrari H, Luchina N, Luchina IL. La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1971.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=386
4. Nogueira-Martins LA. Consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do Hospital São Paulo. Revista ABP-APAL, 1989; 11, 160-164.
5. Roter Debra. The enduring and evolving nature of the patient–physician relationship. Patient Education and Counseling. 2000; 39 (1): 5-15

Endereço para correspondência

Rua Loefgreen, 2381/92
04040-033 – São Paulo – SP
e-mail: mdemarco@psiquiatria.epm.br