Habilidades de comunicação

Mariane Ceron

Sumário

Introdução 2
Axiomas básicos da comunicação 3
Elementos que influenciam a comunicação 5
Comunicação não verbal 7
A entrevista clínica centrada na pessoa.....8
Referências 11

Habilidades de comunicação/MCCP

Introdução

Raras são as pessoas que não tenham qualquer história de insatisfação em relação aos profissionais de saúde. Na maioria das vezes, as queixas sobre o atendimento dizem respeito a falhas de comunicação com o profissional: a inabilidade em acolher e escutar o suficiente para tirar conclusões; a utilização de jargão excessivamente técnico e pouco compreensível ao ouvinte; ou mesmo certa frieza demonstrada pelo profissional diante da situação global de vida do paciente.

No contexto da Estratégia Saúde da Família, a comunicação possui importância ainda maior. É fundamental conquistar e manter vínculo com as diversas famílias do território de saúde, visando à realização do cuidado em acordo com os princípios da universalidade, da longitudinalidade e da integralidade do SUS. Somos a porta de entrada do sistema e nos encontramos expostos às mais diversas demandas, queixas e pedidos da comunidade.

Para problematizar ainda mais nosso papel, devemos lembrar que as famílias, na maioria das vezes, foram historicamente educadas segundo: o paradigma assistencialista centrado na dor/doença; a crença na cura mágica pelo acesso aos equipamentos de última geração do hospital; e a fé na histórica figura do médico, que teria o poder quase divino de salvar vidas. Nesse universo, portanto, não é nada fácil a tarefa de coordenar as ações de cuidado às famílias de acordo com as possibilidades apresentadas pela equipe e pela rede de serviços.

No nível da Atenção Primária, não possuímos acesso a esse campo das "curas imediatas", desejado pela população. Nossa clínica é diferente, pois trabalhamos de acordo com outro modelo assistencial – visando à promoção e à prevenção de saúde, apostamos nas mudanças de hábitos de vida e na transformação sociohistórica e participativa dos determinantes de saúde. Construímos nossas práticas a partir do princípio da integralidade do atendimento, unificando nossos olhares sobre as mais complexas dimensões do contexto bio-psico-social familiar e comunitário, por meio da soma de esforços da equipe interdisciplinar.

Ao lidar com o complexo contexto social, ambiental, histórico e humano do território de saúde, ampliamos nossa visão, e a equipe passa a ser uma instância estratégica de atuação, mais do que apenas um profissional específico – por exemplo, o médico. Nesse contexto, as **tecnologias leves de cuidado** passam a ter elevada importância, pois passam a fazer parte dos nossos objetivos:

- a capacidade de diagnóstico precoce visando à prevenção de agravos;
- a capacidade de reconhecer situações socioambientais que comprometam a saúde;
- a capacidade de estabelecimento de vínculo visando à transformação;
- a capacidade de sensibilização;
- a capacidade de motivar para adesão aos cuidados à saúde;
- a capacidade de educar a comunidade fortalecendo o seu empoderamento, para a construção ativa e participativa do SUS.

Saiba mais...

As **tecnologias leves** se encontram em contraste com as tecnologias pesadas, tais como os equipamentos especializados, de última geração, presentes em hospitais e laboratórios especializados, especialmente no nível terciário de Atenção à Saúde. São as habilidades de comunicação verbais e não verbais, a capacidade de vínculo afetivo e as atitudes em relação aos usuários que melhoram a qualidade do atendimento e sua resolutividade.

O desafio no desenvolvimento de habilidades de comunicação se traduz na capacidade que temos de ser mais assertivos em nossas intenções terapêuticas. O primeiro passo é substituir a tradicional relação distanciada, aparentemente neutra e livre de afetos com o paciente, por níveis mais profundos de acolhimento e vínculo com as famílias. A relação se torna mais humanizada e horizontal por meio de falas, perguntas, posturas e gestos capazes de gerar empatia e acolhimento, minimizando os lugares de poder historicamente instituídos no relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes. Assim, os pacientes transformam-se em sujeitos.

Empregamos de 85% a 90% de nosso tempo de trabalho nos comunicando, e sabemos que a qualidade dessa comunicação aumenta a adesão ao tratamento, melhora o prognóstico, aumenta a satisfação e diminui denúncias e processos contra profissionais de saúde.

Certos questionamentos passam a fazer sentido:

- O que é uma boa comunicação?
- Do que precisamos para nos comunicar melhor?
- Que aspectos da minha forma de me comunicar podem ser transformados para melhorar minha clínica?

Axiomas básicos da comunicação

O grupo **Escola de Palo Alto**, conjunto de pesquisadores que se reuniu no final da década de 1950 para estudar o fenômeno da comunicação humana, debruçou-se sobre essas indagações. Em 1971, depois de estudar os princípios elementares da Cibernética e da Teoria Geral dos Sistemas, o grupo (na época eram Watzlawick, Beavin e Jackson) realizou experimentos sistemáticos com pacientes esquizofrênicos, estabelecendo 5 axiomas básicos da comunicação.

Grupo Escola de Palo Alto: Conhecida como Colégio invisível, o grupo Escola de Palo Alto surge nos anos 1950 tendo como base uma equipe de pesquisadores (Jackson, Haley, Weakland, entre outros) liderada por Gregory Bateson. Fonte: <http://es.wikipedia.org/wiki/Escuela_de_Palo_Alto>.

Resumidamente, são eles:

1) Não é possível não se comunicar.

Estamos sempre interagindo uns com os outros. As diversas formas de agir, olhar, portar-se, falar, gesticular etc. sempre comunicam algo. Ainda que não considere a existência de outra pessoa no ambiente, estará comunicando algo: indiferença ou indisponibilidade, por exemplo.

2) Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto relacional.

É comum a percepção de sutilezas na forma como o outro nos passa alguma mensagem. Um exemplo corriqueiro é quando alguém diz *sim*, mas na verdade está querendo dizer *não*. O indivíduo tem inúmeras formas de mostrar que a negativa é mais verdadeira do que a mera palavra *sim*. Isso significa que a comunicação é muito mais do que seu mero conteúdo. O entendimento do contexto relacional é fundamental para uma melhor compreensão da comunicação. Sem a devida consideração do contexto relacional dos interlocutores, não é possível compreender a mensagem. A interpretação de ironias e cinismo, por exemplo, depende disso. São duas formas comuns e corriqueiras de comunicação que se manifestam justamente por meio de maneiras invertidas de explicitar conteúdos. Nessas formas de comunicação, o *sim* quer dizer *não*, o *bonito* quer dizer *feio*, e assim por diante. E essas colocações podem denotar inimizade entre os interlocutores, ou apenas uma piada, dependendo do contexto relacional.

Outra situação comum é quando ambos falam apenas aquilo que estão autorizados a falar um para o outro, mesmo que não estejam de acordo com o que está sendo dito.

Destaque

Por exemplo, no ambiente de trabalho, é frequente a equipe concordar com ideias que racionalmente não são tão adequadas, sem questioná-las. Por questões hierárquicas, medo e/ou competitividade, as pessoas estabelecem falsos consensos. Um bom observador, no entanto, percebe que há sinais de objeção não verbais à ideia colocada – seja na forma exagerada e teatral com que as pessoas exibem concordância, seja pela reação de apatia, cabeça baixa, desvio de olhar, de atenção etc.

Um exemplo comum na clínica de Atenção Primária à Saúde é quando informamos e orientamos os pacientes para a mudança de hábitos. O paciente comumente é orientado a adequar seus hábitos de vida aos chamados hábitos

saudáveis de promoção e prevenção à saúde. Praticar exercícios físicos e parar de fumar, de beber e de comer doces, frituras e sal etc. são algumas das orientações corriqueiras. É comum que ele concorde superficialmente com o plano. No entanto, já sai do unidade de saúde certo de que não realizará o que foi proposto. O relacionamento entre paciente e profissional não foi suficiente para que ele colocasse verdadeiramente suas formas de entendimento, seus sentimentos, suas dúvidas etc. nem que refletisse sobre como adequar seu cotidiano aos novos padrões. A falha na comunicação faz com que se crie uma rotina na qual se ouve o que se tem de ouvir e se responde o que se tem de responder, num círculo vicioso que esvazia o sentido das consultas, baixa a resolutividade das ações de promoção e prevenção e, por fim, faz pacientes e profissionais se sentirem desmotivados.

3) A natureza da relação depende de sequências de comunicação prévias estabelecidas pelos comunicantes.

As diversas formas de comunicação são apreendidas ao longo das histórias de vida de cada sujeito, influenciando em como cada um age em relação aos demais. As bagagens apreendidas por cada comunicador influenciam na forma como vão se comunicar um com o outro no momento presente, pois os predispõe a um conjunto maior de sinais e mensagens, que serão interpretados e compartilhados por ambos. Os aspectos relacionais entre os interlocutores, bem como o entendimento sobre o que é dito, são historicamente determinados por interações prévias entre ambos e por padrões culturais definidos.

Destaque

Isso é conspícuo quando observamos pessoas que já se conhecem muito bem e que possuem história prévia de entendimento e boa comunicação. Um casal que vive junto há algum tempo, por exemplo, é capaz de reconhecer, mesmo de longe, quando o cônjuge está gostando de uma festa, ou quando está incomodado e querendo ir embora. Prescindindo de linguagem oral, são capazes de reconhecer os sinais no outro que expressam opiniões e posicionamentos.

Histórias prévias nas quais os membros possuem dificuldade de comunicação também refletem aspectos relacionais. Seja por apatia, desconfiança ou desinteresse, a qualidade da comunicação cai. Por exemplo, se a cada nova conversa acontecem novas formas de agressão e ofensivas, o círculo vicioso pode aumentar em espiral até migrar para agressões físicas, ou os membros podem vir a não mais acreditar na capacidade de resolução de seus conflitos por meio da comunicação, o que causará uma ruptura de vínculo ou uma minimização da importância das considerações do outro.

4) Os seres humanos se comunicam tanto digital como analogicamente.

O termo "comunicação digital" é utilizado para designar a forma comunicativa dos conteúdos explícitos a partir da linguagem convencional pertencente à cultura vigente entre os comunicantes – podendo ser verbal ou gestual. Já a "comunicação analógica" representa a modalidade relacional da comunicação, utilizando mais recursos não verbais e tipicamente imprecisos, tais como expressões faciais, posturas, sinais paralinguísticos (como entonação de voz), e assim por diante. Ambas acontecem simultaneamente, por meio dos múltiplos canais da expressividade humana (expressões faciais, postura, olhar, movimentos do corpo, toque, entonação de voz, ritmo da fala etc.).

Destaque

É impossível, por exemplo, falar uma palavra sem qualquer entonação. E a dimensão da entonação vincula o conteúdo com o contexto relacional, determinando o sentido da mensagem.

5) Todos os intercâmbios comunicativos são simétricos ou complementares, respectivamente, e se baseiam na igualdade ou na diferença.

Complementaridade e **simetria** são conceitos inspirados em formas geométricas e assinalam que a comunicação pode ser compreendida mediante conceitos vindos da geometria e suas formas. Com o tempo, optou-se por nomear essas regras a partir de conceitos mais abrangentes, e não tão relacionados às formas geométricas, pois o caráter da comunicação é, muitas vezes, mais vago do que uma forma geométrica. Assim, esses conceitos geométricos foram

substituídos pelos conceitos mais genéricos de **igualdade** e **diferença** de comportamento, que também buscam mostrar que a dinâmica comportamental dos interlocutores obedece a regras básicas.

Os comportamentos dos interlocutores se desenvolvem a partir do primeiro comportamento do emissor, em sequência temporal. Segundo esse axioma, estabelece-se uma lógica na forma como se desenvolvem, seja ela complementar/igual, ou simétrica/diferente.

Destaque

Por exemplo, se um dos interlocutores começa com agressividade e o outro responde com passividade, trata-se de complementaridade ou diferença. Se à mesma agressividade o outro responder também com agressividade, será um comportamento simétrico ou baseado na igualdade.

Elementos que influenciam a comunicação

O grupo Escola de *Palo Alto* também desenvolveu considerações sobre os **elementos que influenciam a comunicação**, e os dividiram entre dois tipos: **ruídos** e **interferências**.

Os **ruídos** são elementos físicos externos aos participantes da comunicação, por exemplo, sala de recepção inadequada à Unidade de Saúde, uma enorme quantidade de pessoas, arquitetura e decoração inapropriadas, interrupções à consulta (como chamadas telefônicas).

Já as **interferências** são internas aos comunicadores, dividindo-se em três classes: as interferências **cognitivas**, as interferências **emocionais** e as interferências **socioculturais**.

As **interferências cognitivas** dizem respeito à incapacidade do paciente de se expressar de maneira compreensível, devido, por exemplo, a fortes crenças mágicas sobre o papel do médico, ou convicções sobre aspectos de cuidar ou curar. Por parte dos profissionais de saúde, também há crenças baseadas nos princípios tradicionais, mecanicistas e cartesianos da ciência, além do aspecto supostamente neutro e distanciado da figura do médico. Este também tende a ignorar aspectos psicossociais de seus pacientes, o que também atrapalha a comunicação.

As **interferências emocionais** se apresentam quando os pacientes possuem algum transtorno psiquiátrico (depressão, ansiedade etc.), ou emoções extremas (ressentimento, agressividade). Ou ainda, nos casos em que o entrevistador é disfuncional e demonstra desresponsabilização, desinteresse, ou mesmo uma excessiva projeção sobre o paciente (por exemplo, pressupor que adolescentes grávidas são irresponsáveis e imorais, generalizar e tratar todas com sermões moralistas, sem nem sequer escutar as histórias de vida delas).

As **interferências socioculturais** são exacerbadas quando há notável diferença sociocultural entre o paciente e o profissional. Isso incide nas crenças de custo-benefício sobre a comunicação pretendida: "Para que me dar ao trabalho se ele não vai me entender, pois vive em outro mundo?". Devido às diferenças, o princípio da reciprocidade – ou seja, da capacidade que um tem de influenciar o outro –, é colocado em xeque.

A partir do momento em que o processo de comunicação se inicia, também começa o processo de **formação da imagem do outro**. Desde o início, criamos **estereótipos**, antecipamos conhecimentos sobre o outro, visando suprir nossa falta de conhecimento prévio. Isso faz parte do modo como o ser humano funciona em sua busca por conhecer o mundo ao seu redor. Porém essa primeira impressão não pode se perpetuar ao longo do desenvolvimento da relação com o outro. Muitas pressuposições prejudicam a comunicação e fazem com que os estereótipos se perpetuem, diminuindo a qualidade do vínculo.

Destaque

É fundamental que nós nos percebamos como seres humanos, que, como outros, vivemos tecendo ativamente estereótipos sobre os demais. O **autoconhecimento** é o ponto de partida de qualquer transformação. A ideia é refletir sobre nossas próprias tendências pessoais a estereotipar os demais, buscando analisar quais são as origens dessas tendências. É preciso ter reflexão, autocrítica e percepção do outro para manter o estereótipo em suspenso e permitir a emergência do outro tal como ele é.

O profissional de saúde deve cuidar de suas próprias tendências em vez de estereotipar seus pacientes. Assim, terá menores chances de desenvolver problemas no vínculo com estes. Sem a **problematização** de seus próprios pontos de vista, o profissional acaba por potencializar o chamado *efeito halo*, segundo o qual o estereótipo invade tudo o que o paciente faz. Por exemplo, as queixas que os profissionais fazem de seus pacientes são frequentemente generalizantes, tais como: "são todos ignorantes", "não entendem nada", "não gostam de se cuidar", "não adianta falar, pois não escutam"... Dessa maneira, perde-se o potencial do encontro e a capacidade de transcender barreiras em direção ao paciente.

Destaque

Nos momentos em que o conformismo toma conta do discurso dos profissionais de saúde, cabe chamar atenção para um erro fundamental de atribuição que costuma fazer parte do nosso cotidiano: **interpretar nos outros algo que inconscientemente atribuímos a nós mesmos**.

Por exemplo, o profissional inseguro acerca de seus conhecimentos poderá desenvolver a ideia de que seus pacientes não sabem de nada e são completamente ignorantes, não adiantando lhes explicar nada acerca da doença. Nesse processo, o profissional se vincula competitivamente ao paciente, a partir da projeção de seu próprio sentimento de insegurança e inferioridade, ou mesmo ignorância. Antes de olhar para si mesmo, tenderá a estereotipar seus pacientes. O conceito de **profecia autorrealizada** explicita exatamente esta situação: as expectativas que temos sobre os pacientes fazem com que, inconscientemente, nos impliquemos mais, ou menos, na relação terapêutica.

Pensando em **possíveis soluções** para tais problemas, algumas estratégias podem ser interessantes. Nas situações em que o paciente causa incômodo e irritabilidade por algum motivo, o profissional pode procurar imaginar aspectos positivos nele, **exercitando o olhar compreensivo**. Também é fundamental **analisar a contratransferência**, ou seja, realizar a análise sobre os sentimentos e sensações que o paciente nos desperta e que fazem mais parte de nossa história de vida do que do próprio contexto do encontro. O profissional deve refletir sobre sua história de vida e identificar a origem dos sentimentos e estereótipos que surgem do vínculo terapêutico. Outro cuidado importante é a **análise das expectativas** do vínculo estabelecido com os pacientes, evitando a formação de ilusões de parte a parte.

Na construção de um processo comunicativo de qualidade, também é fundamental a preocupação com a construção da nossa **imagem profissional**. Nesse sentido, aspectos cenográficos são bastante importantes, tais como: a organização da consulta, o jaleco, o estetoscópio etc. A preocupação com a aparência é fundamental. Cuidados com o **aspecto externo**, o respeito, as maneiras e as características do profissional, a cordialidade, a receptividade e as suas demonstrações de interesse pelo paciente são muito bem-vindos. Um dos atributos importantes é o fortalecimento do sentimento de empatia entre profissional e usuário, o que é diferente de simpatia.

Destaque

A empatia é a capacidade do ser humano de se colocar no lugar do outro e entrar em sintonia com as formas pelas quais este passa pelas circunstâncias da vida. É um sentimento geralmente vivido em mão dupla. Não se trata de estar sempre sorrindo, com simpatia, mas, sobretudo, de estar junto com o outro, compartilhando o momento vivido.

São ainda **qualidades do profissional que se comunica bem**:

- A **reatividade**, ou capacidade de responder ao outro a partir de um ritmo condizente ao ritmo do outro, sem atropelá-lo, nem abandoná-lo em um monólogo. Diz respeito, portanto, ao tempo entre o momento em que o paciente parou de falar e o profissional começa;
- A **assertividade** é a capacidade de o profissional atuar com decisão, clareza e sabendo o que pretende a cada momento, com atitude ativa, mas sem ser rude.

São **critérios para comunicação eficaz na entrevista clínica**:

- Profissional e paciente concordam sobre o conteúdo da entrevista e seus objetivos;
- As **maneiras** de demonstração de interesse pelo paciente:
  - a **maneira de escutar**. Esta exige habilidades psicomotoras, tais como sinais faciais de acordo com o relato, olhar que mostra interesse, mudanças dinâmicas e sintônicas com as reações do paciente de alegria, solida-

riedade, tristeza etc. Durante a escuta, o profissional deve procurar manter um estado mental de serenidade, concentração e interesse genuíno pela outra pessoa;

- a **maneira de falar** também é muito importante. Sabe-se que é o indicador mais utilizado pelo paciente para saber se o profissional é ou não competente. É o modo como o profissional aparenta seu grau de segurança em relação às suas técnicas e conhecimentos. Os gestos mais associados à insegurança são: pôr as mãos sobre a boca, jogar o corpo bruscamente para trás, pigarrear, falar como se fizesse um ditado.

As habilidades de comunicação são tecnologias leves de cuidado fundamentais para o cumprimento dos objetivos da entrevista clínica em saúde:

- construir um bom relacionamento com o paciente;
- coletar os dados pertinentes;
- estabelecer concordância mútua e adequação do plano de tratamento à realidade do paciente.

Assim, determinadas ações transformam-se em estratégias importantes, tais como:

- cumprimentar a pessoa pelo nome;
- ouvir atentamente;
- detectar e responder às situações emocionais;
- coletar dados;
- não interromper o paciente;
- incentivar seu modelo explanatório;
- considerar fatores psicossociais;
- desenvolver uma compreensão compartilhada sobre a situação;
- concordar no plano de tratamento;
- fornecer informações;
- utilizar corretamente o encorajamento e a motivação;
- negociar um plano;
- criar laços;
- negociar mudanças de comportamento possíveis.

Comunicação não verbal

Um componente fundamental da atividade comunicativa é seu aspecto não verbal. De acordo com o que se demonstra no plano dos gestos, das expressões faciais e dos movimentos corporais, um determinado conteúdo pode ganhar sentido inteiramente diferente em relação ao seu sentido manifesto. A comunicação não verbal compõe o que se chama de paralinguagem.

A **paralinguagem**, juntamente com outros elementos da comunicação, é o pano de fundo contextual que indica o que está sendo comunicado. Ela permite identificar os aspectos relacionais da linguagem, por exemplo, o **ideoleto**. Por meio do ideoleto, pode-se descobrir o grupo social de pertencimento de quem se comunica. Trata-se de um conjunto de signos que possibilita reconhecer sexo, idade, nível sociocultural etc., relacionando-se diretamente com a forma pela qual as palavras são pronunciadas e com o vocabulário que é utilizado na comunicação.

Saiba mais...

Na entrevista de saúde, a paralinguagem é fundamental, pois permite reconhecer o ideoleto do comunicante com base na percepção das **inflexões da voz** – que podem transmitir emoções, tais como ansiedade, tensão, segurança etc. –, das **modulações da voz** e do seu **timbre**. Esse conjunto também transmite estereótipos e possibilita que tanto o profissional quanto o paciente interpretem e construam suas percepções um sobre o outro.

Outra dimensão da paralinguagem é a **proxêmica**. Ela representa o modo como utilizamos o espaço e as questões relacionadas à **territorialidade**. A maneira como sentamos à mesa, o grau de aproximação do paciente, o contato corporal, o aperto de mãos, a utilização do olhar e a angulação do corpo podem denotar sinais de aceitação, rechaço, ou mesmo relações hierárquicas. As distâncias relacionais íntimas, pessoais e sociais são representadas por gestuais relacionados à **proxêmica**.

A outra dimensão é a **cinésica**, que se refere ao conjunto de *gestos corporais* e *expressões faciais*, bem como à quantidade e à qualidade desses movimentos. A cinésica pode denotar diferenças entre adultos e idosos, por exemplo. O modo como o gestual cinésico se apresenta pode ser:

- sincrônico (para as ações dos comunicantes), ou
- sintônico (em relação às suas emoções).

A cinésica é composta por gestos que podem ou não seguir padrões culturais definidos. As **funções da cinésica na comunicação** são:

- a **regulação da comunicação**, ou seja, delimitar o fluxo comunicativo;
- a **ilustração da comunicação**, que descreve e apoia os conteúdos verbais; e
- a **adaptação da comunicação**, que amortece a tensão interior dos comunicantes.

A entrevista clínica centrada na pessoa

Segundo Lewin (2001) e Tizon (1989) apud Borrell-Carrió (2004), o modelo de entrevista clínica centrada na pessoa acontece quando o profissional promove uma relação de cooperação com o paciente. Nessa metodologia, os protagonistas encontram um terreno comum para abordar as preocupações do paciente, as decisões a serem tomadas e as suas ideias sobre o que ocorre e o que deve ser feito. Levam-se em conta as suas expectativas e as suas experiências pessoais e culturais em relação à enfermidade, e também as de sua comunidade.

Para Pytnam (1995) apud Borrell-Carrió (2004), as características operativas da entrevista clínica centrada na pessoa incluem algumas atitudes por parte do profissional, tais como:

- permitir ao paciente a livre expressão de suas preocupações mais importantes;
- buscar que sejam verbalizadas perguntas concretas;
- favorecer e motivar que os pacientes expliquem suas crenças e expectativas sobre a sua enfermidade;
- facilitar a expressão emocional do paciente;
- proporcionar informações ao paciente e esclarecer suas dúvidas;
- envolver o paciente na construção do tratamento, buscando entrar em acordo quanto à forma como ele acontecerá.

Destaque

Portanto, a entrevista clínica centrada na pessoa foge à tradicional forma de construção da clínica médica, focada exclusivamente no diagnóstico e na conduta, ou seja, em perguntas direcionadas à identificação da doença e ao posterior esclarecimento acerca do tratamento. Essa abordagem visa a um encontro menos diretivo, permitindo que o paciente tome parte na condução da entrevista e na escolha do tratamento. Prioriza-se a pessoa, não a doença.

Segundo Stewart et al.,

> [...] uma atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos comparada aos modelos tradicionais de abordagem, pois: diminui a utilização dos serviços de saúde, aumenta sua satisfação, diminui queixas por má-prática, melhora a aderência aos tratamentos, reduz preocupações, melhora a saúde mental, reduz sintomas e melhora a recuperação de problemas recorrentes (STEWART et al. 1995).

Para Stewart et al. (1995), a abordagem centrada na pessoa é um modo de transformar e qualificar o método clínico tradicional. Nele, o profissional "sabe do que o paciente necessita" e este "cumpre" as orientações, seguindo o padrão:

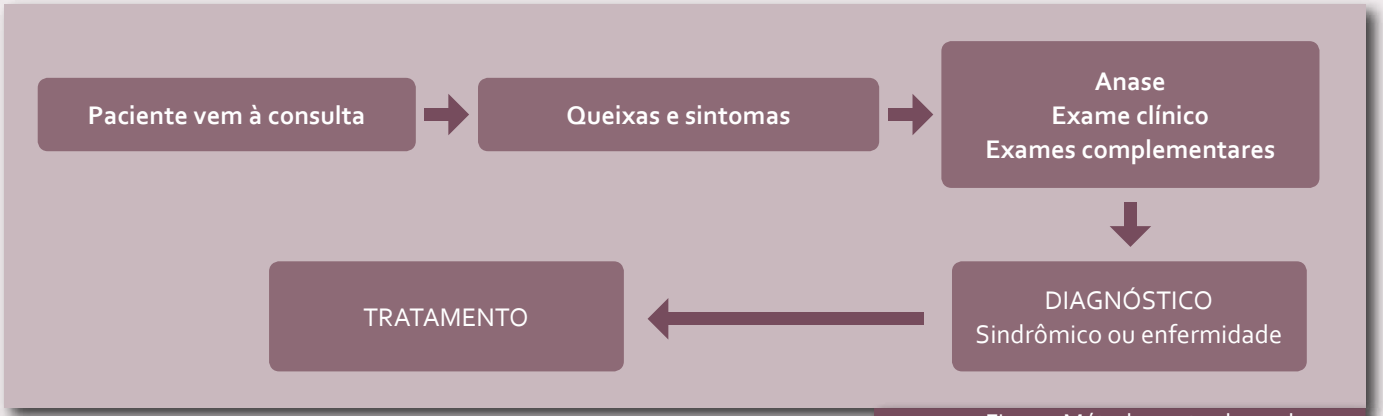

_Fig. 1 – Método centrado na doença

A entrevista clínica centrada na pessoa é um modelo que revê essa prática clínica tradicional, em busca de humanizá-la e aumentar sua resolutividade. Segundo propõem os autores, as etapas seguintes são:

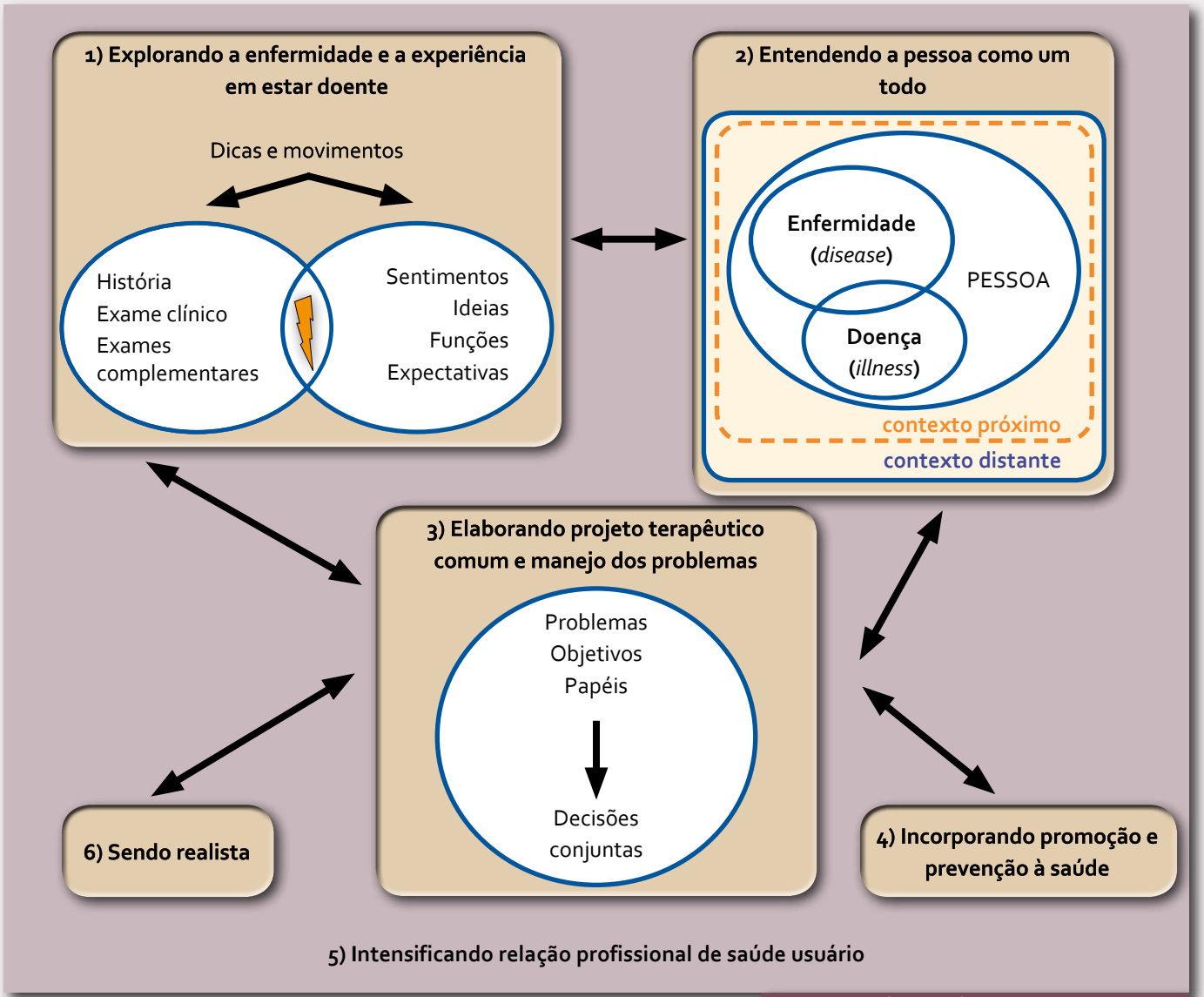

_Fig. 2 – Método Clínico centrado na pessoa

Na metodologia apresentada, os componentes interativos envolvidos em cada etapa são:

1. **Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente:** o primeiro passo envolve levantamento de dados, escuta qualificada e acolhimento, de modo a estruturar o vínculo com o paciente. É importante explorar as informações objetivas e tecnicamente relevantes ao diagnóstico diferencial, **juntamente** com as dimensões subjetivas e as experiências relacionadas ao adoecimento, tais como: ideias, sentimentos, expectativas e efeitos no funcionamento do organismo e da família.

2. **Entendendo a pessoa como um todo (pessoa, contexto e ambiente):** nesta etapa, é fundamental tomar a iniciativa de formular perguntas semidirigidas e manter postura de escuta qualificada, permitindo à pessoa expressar-se e narrar sua história de vida pessoal e familiar, formulando reflexões sobre seu atual estágio de desenvolvimento pessoal. O contexto de vida e pertencimento da pessoa emerge quando exploramos as relações familiares e sociais de seu contexto e que envolvem, ou estão sendo afetadas, pelo adoecer. É igualmente importante realizar perguntas quanto ao ambiente físico de convívio, especialmente os aspectos envolvidos no adoecimento, refletindo sobre potenciais mudanças a serem vividas nesse âmbito depois do início do plano terapêutico.
3. **Elaborando projeto terapêutico comum e manejo dos problemas:** aqui é importante chegar à conclusão conjunta sobre quais serão os problemas abordados e em que ordem de prioridade serão enfrentados. Os objetivos do tratamento são pactuados conjuntamente e claramente entre profissional e paciente. Ambos refletem e pactuam os papéis de cada um no manejo dos problemas apresentados.
4. **Incorporando promoção e prevenção à saúde:** neste passo, o foco é pensar em potenciais mudanças em virtude do aumento da saúde global da pessoa. Exploramos como reduzir riscos, buscamos a detecção precoce de doenças e agravos à saúde e visamos à diminuição dos efeitos negativos das doenças na qualidade de vida da pessoa.
5. **Intensificando relação profissional de saúde e usuário:** durante a abordagem centrada na pessoa, há a transformação das características tradicionais de interação terapêutica. Busca-se humanizar o vínculo, atingir maior horizontalidade e possibilidade de empatia. O poder que tradicionalmente era atribuído ao profissional da saúde em detrimento do paciente passa a ser dividido. O vínculo, a confiança e o diálogo constantes fazem com que a relação entre ambas as partes seja cuidada, sanando o comportamento de medos e expectativas mágicas. A possibilidade de compartilhar histórias de vida e trabalhar a dimensão afetiva do vínculo de cuidado favorece o processo de autoconhecimento de ambas as partes. Na vivência dessa nova possibilidade clínica, o profissional tem a oportunidade de explorar a transferência e a contratransferência, aprendendo com seus pacientes. Sua história de vida passa a afetar e ser afetada pelos vínculos estabelecidos na clínica: ao humanizar sua clínica, este passa a se humanizar, compartilhando experiências singulares com seus pacientes ao longo de suas histórias de vida, aprendendo e amadurecendo como pessoa, em conjunto com sua evolução profissional.
6. **Sendo realista:** na aplicação do método clínico centrado na pessoa, sempre surgem inúmeras indagações. As principais são em relação à escassez de recursos. Muitas vezes, o tempo disponível para cada atendimento e o acesso aos recursos disponíveis para a resolução dos problemas apresentados pelos pacientes etc. são fatores escassos. É muito comum que nós, profissionais, deixemos de perguntar sobre a vida do paciente em razão da sensação de que, se a pessoa for falar, "não saberemos o que fazer com tudo aquilo", ou "não dará tempo de ouvir" etc. É muito importante que sejamos realistas com nossos pacientes, mas sem desorientá-los, desampará-los ou torná-los pessimistas. A construção de um time, uma equipe de trabalho com a pessoa propriamente dita, é fundamental. Trata-se de construir um desafio a ser compartilhado, com potenciais a serem desenvolvidos e dificuldades a serem enfrentadas. O importante é mostrar-se favorável e colaborativo nos altos e baixos do processo terapêutico, apresentando o cenário de modo realista, mas nem por isso de modo pessimista ou de modo frio.

A dimensão do tempo para consulta ou visita domiciliar pode ser trabalhada a partir da exposição clara desses limites. Embora existam metas de tempo a ser cumpridas em cada consulta, é importante lembrar que podemos dosar o tempo de nossa agenda: realizando uma primeira consulta mais longa e retornos mais curtos – previamente definidos com a pessoa. E confiar na capacidade da equipe de trabalhar em conjunto, dividindo a abordagem e o sentido do tratamento e da escuta com toda a equipe interdisciplinar, em diversas ações de saúde.

A escassez de recursos, equipamentos e exames também deve ser tratada de modo realista, evitando fazer falsas promessas e ser tão duro a ponto de perder o vínculo e a motivação relacionados ao tratamento. É necessário colocar-se ao lado da pessoa diante das contingências a ser vividas, mostrando-se disponível para compartilhar cada momento do tratamento.

Muitas vezes acontece de termos que dar notícias ruins às pessoas que atendemos – como o diagnóstico de algumas doenças graves, por exemplo. No entanto, o modo como realizamos essa tarefa terá impacto sobre o desenvolvimento do projeto terapêutico dali adiante.

Devemos lembrar que os pacientes sempre buscam no profissional de saúde mais do que um diagnóstico e uma orientação. Eles esperam escuta, acolhimento, suporte e esclarecimento. Prover isso é extremamente terapêutico e benéfico à clínica da Atenção Primária, que acompanha as famílias em todos os ciclos de vida e visa vinculá-las aos serviços de saúde. A clínica ampliada, centrada na pessoa e incrementada pelas habilidades de comunicação, favorece que o paciente seja inserido num processo terapêutico no qual:

- a escuta permite seu desabafo;
- o acolhimento permite a ampliação de seu cuidado, estabelecendo o vínculo;
- o suporte representa o continente para os sentimentos envolvidos;
- o esclarecimento desfaz fantasias, aumenta a informação e reestrutura o pensamento, reduzindo ansiedade e depressão.

O uso de metodologias ampliadas de cuidado faz parte do esforço coletivo dos profissionais de saúde em dar mais um passo a fim de desenvolver ações de saúde de acordo com a Política Nacional de Humanização, como a construção de uma clínica ampliada e integrada, capaz de atender o usuário como sujeito, visando ao seu esclarecimento, ao desenvolvimento de sua capacidade de enfrentamento e à sua resiliência frente às situações vividas.

Síntese

Concluindo, segundo Borrell-Carrió (2004), a ampliação do potencial terapêutico de cuidado em nossas ações de saúde pressupõe as seguintes habilidades:

- dar ao paciente tempo para pensar;
- exercitar a boa comunicação, sem uso abusivo do jargão técnico;
- exercitar a habilidade da empatia;
- lembrar-se de escutar;
- oferecer suporte na medida certa;
- reconhecer os modelos de entendimento do paciente;
- acolher o paciente com calor humano, respeito e cordialidade;
- exercitar a empatia, junto com a disciplina emocional de não ter de dar soluções a tudo;
- potencializar a assertividade;
- escutar o paciente em todas as dimensões (verbais e não verbais);
- distinguir a demanda aparente (queixa) da demanda real (causa dos problemas), buscando formular um plano terapêutico ampliado e em conjunto com o paciente;
- utilizar-se de habilidades de escuta ativa.

Em contrapartida, o profissional de saúde deve evitar os seguintes erros de atitude:

- pressupor que já sabe o que está ocorrendo;
- esquivar-se do vínculo, baseado na crença do profissional meramente técnico;
- ser prepotente frente às situações vividas pelos pacientes;
- desconhecer os próprios pontos de irritação;
- saudar friamente o paciente ou não saudá-lo;
- não escutar já no início da consulta;
- não delimitar claramente o motivo da consulta;
- introduzir conselhos e informações precocemente;
- não integrar a informação atual com o que se conhece do paciente;
- condutas de antagonismo, culpabilização, juízos de valor e asseguramentos prematuros.

Referências

BATESON, G. **Vers une écologie de l'esprit**. Paris: Ed. du Seuil, 1980.

BERTALANFFY, L.V. **Théorie générale des systèmes**. Paris: Dunod, *1972*.

BORRELL-CARRIÓ, F.; EPSTEIN, R. M. Preventing Errors in Clinical Practice: a Call for Self-Awareness. **Annals of family medicine**, v. 2, n. 4, July-Aug. 2004 Disponível em: <http://www.annfammed.org/content/2/4/310.full.pdf+html?sid=ff76691b-cd88-4cfa-8ffd-ff4091ebbaf2>. Acesso em: 16 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza-SUS**: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CEBALLINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988.

CERQUEIRA, A. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. Interface (Botucatu) [online]**, v. 13, n. 29, p. 469-473, 2009.

FISCH, R. J.; WEAKLAND, SEGALL, L. **Tactiques de changement**. Paris: Ed. du Seuil, 1988.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 2, p.99-105, 2004.

GUIMARÃES, M. B. L. **Intuição, pensamento e ação na clínica**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p.317-332, 2005.

LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

MOIRA S.T. et al. **Medicina Centrada na Pessoa:** transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NARDONE, G.; WATZLAWICK, P. **L'art de la thérapie breve**. Paris: Ed. du Seuil, 2000.

ROGERS, C. **Client-Centered Therapy:** Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin, 1951.

_____. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

_____. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Padrões Culturais, 2009.

STEWART, M. et al. **Patient-centered medicine: transforming the clinical method**. Sage Publications, Inc. California. 1995.

SUCUPIRA, A. C. S. L. **Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras**. São Paulo, 1982. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.

VAN DER MOLEN, H.T.; LANG, G. Habilidades da consulta na escuta médica. In: LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007, p. 47-66.