

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE A DISTÂNCIA



1933

MÓDULO Psicosocial



Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade

**Daniel Almeida Gonçalves
Maria Luiza de Mattos Fiore**

MÓDULO PSICOSSOCIAL

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Fernando Haddad

MINISTRO DA SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

Secretário: Milton Arruda

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE (DEGES)

Diretor: Sigisfredo Luís Brenelli

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO
PAULO (SES-SP)

Secretário: Giovanni Guido Cerri

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS)

Presidente: Maria do Carmo Cabral
Carpintéro

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
(OPAS)

Diretora: Mirta Roses Periago

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
(UNA-SUS)

Secretário Executivo: Francisco Eduardo de
Campos

Coordenador: Vinícius de Araujo Oliveira

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO (FAPUNIFESP)

Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
(UNIFESP)

Reitor: Walter Manna Albertoni

Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith

Pró-Reitora de Extensão: Eleonora
Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO
UNA-SUS (UNIFESP)

Eleonora Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA

Alberto Cebukin

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Laís Helena Domingues Ramos

Daniel Almeida Gonçalves

Rita Maria Lino Tarcia

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Monica Parente Ramos

Gisele Grinevicius Garbe

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA

Daniel Lico dos Anjos Afonso

PRODUÇÃO

Adriana Mitsue Matsuda

Antonio Aleixo da Silva

Eduardo Eiji Ono

Felipe Vieira Pacheco

Reinaldo Gimenez

Silvana Solange Ferreira Xavier Gimenez

Silvia Carvalho de Almeida

Tiago Paes de Lira

Valéria Gomes Bastos

EDIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão
Rua Pedro de Toledo, 650, 2º andar - Vila Clementino - CEP 04039-032 - SP
<http://www.unasus.unifesp.br>

COPYRIGHT 2010 - 2011

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE
da FAMÍLIA

Sumário

Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade	3
Introdução	7
Pilares da Ação Terapêutica.....	9
Transferência e contratransferência	12
Contexto social e a enfermidade	14
Prescrição e encaminhamentos entre profissionais.....	15
O doente, sua doença e os mecanismos de defesa.....	16
Referências	18



Introdução

Caro participante,

Gostaríamos de relembrar alguns aspectos do campo de relação de atendimento de saúde na vertente não tecnológica, que muitas vezes são esquecidos durante o cotidiano de nossa tarefa profissional – esse encontro, tanto para o paciente como para o profissional de saúde, tem a intenção de ser terapêutico e contém os mesmos elementos de qualquer outro relacionamento humano com algumas especificações: uma pessoa, ao cair doente e buscar ajuda junto ao médico, cria com este um relacionamento especial que precisa estar envolto em um clima de confiança.

Perceber e compreender o relacionamento que se forma com cada paciente é precondição para atingir a meta terapêutica. Tähkä (1988) assinala que a eficácia da terapia depende da maneira pela qual o profissional consegue mobilizar e manter a disposição do paciente em cooperar com o tratamento, e para tanto necessita compreender a repercussão subjetiva daquela doença para aquele paciente individual.

Toda comunicação humana compreende um emissor, um receptor e uma mensagem a ser transmitida. Para que isso ocorra a contento, o meio que se interpõe entre os dois participantes precisa apresentar condições mínimas para não impedir a circulação de informações e o código da mensagem a ser decifrado pelo receptor. Na situação face a face, o outro é apreendido em um vivido presente, partilhado pela dupla, envolvido por esquemas adquiridos socialmente. Na maior parte do tempo, nossos encontros com o outro são típicos no sentido do que apreendo com o outro, ao mesmo tempo que interatuo com ele em uma situação que é por si mesma particular (BERGER; LUCKMANN, 1985). Um dos exemplos mais comuns na vida de todos nós é a relação profissional-paciente.

O vínculo que se forma entre um indivíduo que sofre e solicita ajuda de alguém (revestido de um saber) tem seu valor adquirido por sua antiguidade. A capacidade de curar, de afastar a dor e o sofrimento, de conhecer os mecanismos de doença e saúde é consagrada pelo grupo social. Não importa se os elementos para a compreensão do processo doença-saúde sejam espíritos, humores, bactérias ou anticorpos; o indivíduo que domina esse conhecimento atrai atenção e sentimentos que vão da admiração ao medo e desconfiança. Portanto, o carisma dos médicos possui origens remotas que nasceram de uma concepção mágica, religiosa, encontrada em várias civilizações.

Foucault (1987) afirma que a prática médica sempre foi uma relação universal da humanidade consigo mesma. No começo, os conhecimentos eram transmitidos de pai para filho, depois essa prática é incorporada pela religião e, recentemente, com o progresso das ciências naturais a partir do século XIX e principalmente no século XX, a medicina adquire o patamar de ciência médica.

Portanto, a relação profissional-paciente é uma situação assimétrica, de dependência, na qual um dos parceiros, o doente, representa o papel de objeto do outro e é envolvido por muitas expectativas e esperanças de ambos os lados. Na busca confusa de ajuda, espera-se que o médico seja capaz de dar sentido ao adoecer e atinja a cura, enquanto este conta com o reconhecimento e a confirmação de seu poder de reparação. As expectativas são tantas que podem chegar a transformar as relações de troca em relações de poder, e isso elimina a possibilidade terapêutica.

Essa relação interpessoal tem como objetivo principal o corpo, sempre visto do ponto de vista concreto, e se expressa pela palavra. Esta, por sua vez, é sempre carregada de múltiplas possibilidades, de vários sentidos, ainda mais porque o corpo também é sede do desejo. Jeammet, Reynaud e Consoli (1989) lembram que esse encontro nos remete às nossas primeiras situações entre pais e filhos, portanto é comum reviver sentimentos e condutas mais infantis na atualidade da interação profissional-paciente.

Da mesma maneira, devemos voltar o olhar para o compartilhamento de cuidado comum na Atenção Primária, em que a pessoa, tanto paciente quanto cidadã, tem contato com vários profissionais de saúde, que passam de alguma forma a exercer influência sobre seu estado de saúde.

Via de regra, desde o primeiro contato dessa pessoa com os profissionais de saúde, já há alguma interação e o surgimento de elementos terapêuticos, que podem favorecer ou prejudicar a linha de cuidado, por meio da construção ou não de um vínculo. No entanto, é comum os profissionais da Atenção Primária não valorizarem ou mesmo ignorarem esse aspecto, deixando de lado o poder terapêutico do vínculo.

Na Atenção Primária, a facilidade de acesso aos profissionais de saúde e o cuidado longitudinal, no decorrer do tempo, fazem desse nível de cuidado um ótimo local para estreitamento do vínculo com o paciente e busca de uma ótima ação terapêutica, quando identificada alguma condição mórbida. Além disso, essa relação é fundamental para uma almejada construção coletiva de cidadania e autonomia da pessoa (CAMPOS, 1997).

Merhy (1994) destaca que “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, nos sentindo responsáveis pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal”. Esse sentimento de responsabilidade tem sido um dos elementos fundamentais na ação dos profissionais da Saúde da Família.

Dessa forma, é muito importante o entendimento de como se organiza a relação *profissional de saúde vs. pessoa*, que, quando bem-estruturada, é terapêutica. Mas como isso acontece?

Pilares da Ação Terapêutica

A ação terapêutica decorrente de vínculos de cuidado bem-estruturados sustenta-se em quatro pilares que permitem, de forma específica, a ação de diferentes técnicas psicoterápicas. Esses pilares são mecanismos presentes em qualquer relação terapêutica, podendo ser instrumentalizados por todos os profissionais de saúde. São eles: o **Acolhimento**, a **Escuta**, o **Suporte** e o **Esclarecimento**.

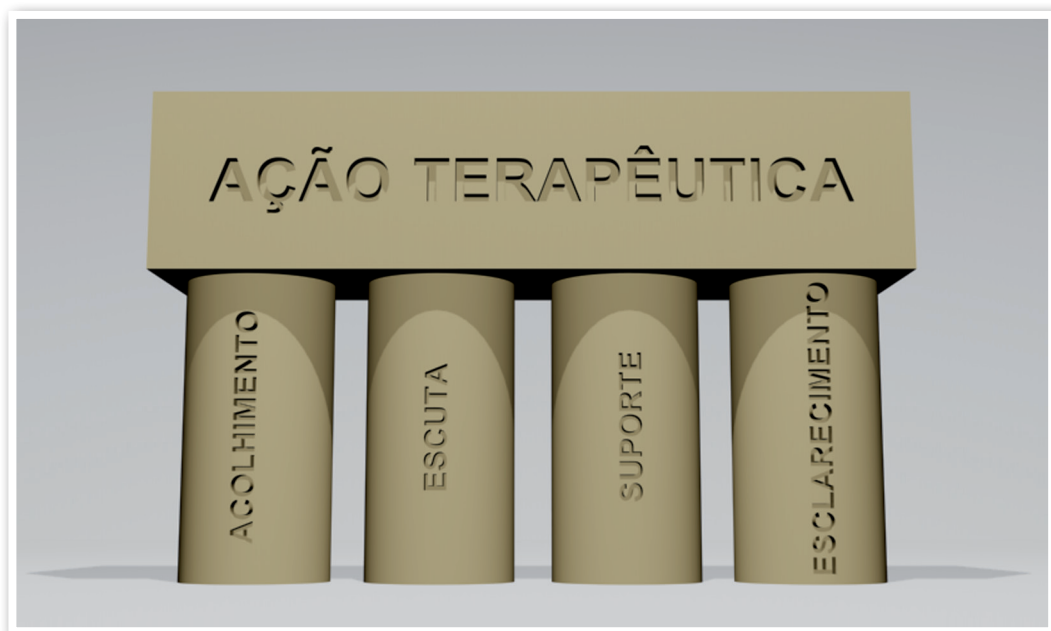


Figura 1 – Quatro pilares da Ação Terapêutica

1. Acolhimento:

Aqui, o termo acolhimento merece destaque, pois podemos atribuir a ele alguns significados.

Comumente, o termo acolhimento na Atenção Primária significa um arranjo tecnológico para a organização dos serviços que visa garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais comuns e/ou referenciá-los, se necessário (CAMPOS, 1997). A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. São inúmeras as formas de organizar o processo de trabalho para ações acolhedoras, sendo que para cada comunidade e suas respectivas equipes há modelos mais adequados.

Deve-se considerar o número de equipes por unidade de saúde, o perfil dos profissionais de saúde e epidemiológico da população, entre outros fatores. Tal organização prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Para tanto, faz-se fundamental um trabalho colaborativo em equipe, com divisões de responsabilidades entre as diversas categorias profissionais que trabalham neste nível de atenção. A equipe deve estar preparada para diferentes demandas, pois a necessidade de acolher as pessoas chega dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que relatam situações da comunidade, vêm de demandas oriundas dos demais setores sociais e níveis de atenção e, claro, da população batendo à porta da Unidade de Saúde.

Podemos citar como exemplos de informações que chegam dos ACS:

- adolescentes expostos às drogas de abuso;
- relatos de violência intradomiciliar;
- cárcere privado de pessoas portadoras de transtornos mentais graves.

A equipe ainda pode ser solicitada a fazer busca ativa de pessoas que abandonaram o tratamento de doenças infectocontagiosas (hanseníase ou tuberculose, por exemplo), trazidas pelo serviço de vigilância epidemiológica; ou visitas às pessoas a pedido de conselho tutelar ou ministério público. Percebe-se, portanto, a amplitude das ações acolhedoras da equipe.



SAIBA MAIS...

O termo acolhimento também pode ter um enfoque nas relações interpessoais. A equipe, ao acolher os que procuram o serviço de saúde e/ou dela necessitam, exerce a superação do acesso ao profissional, que agora exercerá a escuta clínica solidária (BUENO; MERHY, 2001), por meio da qual se garante a relação no processo de atendimento e construção da cidadania. Assim, identificam-se as necessidades e inicia-se a construção do vínculo (MATUMOTO, 1997).

2. A Escuta:

Por meio do processo de acolhimento, a pessoa é convidada a falar e a expor suas necessidades. Isso acontece em todos os momentos terapêuticos, seja na demanda espontânea, nos encontros programados, individualmente ou em grupo. A escuta permite o desabafo (denominado catarse, em termos psicológicos) e cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas.

3. O Suporte:

Enquanto acolhe e escuta, o profissional de saúde pode oferecer continência aos sentimentos envolvidos e aflorados naquele instante, reforçando a segurança daquele que sofre e ajudando-o a buscar soluções para seus problemas.

4. O Esclarecimento:

Não raramente, o motivo de demanda ou da consulta transcende a queixa declarada. Há fantasias ou crenças relacionadas aos sinais e sintomas, ou ainda busca de informações de como enfrentar determinadas situações. Dessa forma, o encontro acolhedor e vinculante desfaz fantasias e aumenta a informação, reduzindo a ansiedade ou depressão quando estão presentes. Também facilita a reflexão e permite uma reestruturação do pensamento com repercussões nos sintomas emocionais e até mesmo físicos.

É muito importante realçar que os elementos até agora descritos, em especial o vínculo e o acolhimento, são parte da Política Nacional de Humanização (PNH), divulgada e recomendada pelo SUS (BRASIL, 2004). Para acessá-la, utilize o endereço a seguir: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf>



SAIBA MAIS...

Além desses elementos, a PNH traz como diretriz geral o conceito de Clínica Ampliada, que é o compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

Tais conceitos são consonantes com a construção de estratégias acolhedoras que facilitam a construção do vínculo terapêutico, apresentado neste texto.

Vale aqui realçar que tal abordagem acolhedora e vinculante é necessária para que os profissionais de Atenção Primária ofereçam os cuidados em saúde de forma integral, atingindo igualmente as pessoas com queixas físicas e/ou com algum grau de sofrimento emocional, incluindo os portadores de transtornos mentais. Essa distinção entre saúde física e saúde mental, tão comum na formação dos profissionais de saúde, vai na contramão do necessário para a resolubilidade comum à Atenção Primária. Assim, ao identificar-se capaz de apoiar as pessoas por meio da construção do vínculo, o profissional está exercendo o cuidado integral em saúde.

No entanto, a relação próxima e responsável entre o profissional de saúde e a pessoa envolve fenômenos psicodinâmicos presentes em qualquer relação humana, como a transferência e a contratransferência – tema que estudaremos a seguir.

Transferência e contratransferência

O movimento de transferência-contratransferência está presente em qualquer relação terapêutica. Esse conceito, que começou a ser desenvolvido por Freud no início do século XX, diz respeito ao movimento de projeção que cada indivíduo faz em seus interlocutores e corresponde à repetição, na situação de adulto, de modalidades de relações vividas durante a infância.

Na prática em saúde, determinados estilos de interações são mais comuns, como a imagem protetora dos pais, situações amorosas com envolvimento sexual, ou mesmo situações autoritárias com abuso de poder.

De acordo com tais investimentos, as transferências são denominadas positivas quando criam um ambiente de simpatia e confiança favorável a uma relação terapêutica. No caso negativo, são possíveis sentimentos de revolta, disputa e outros que devem ser superados para que se consiga um vínculo terapêutico. Às vezes, podem ocorrer situações aparentemente positivas, em que o profissional é investido por uma paixão e é tomado como tão perfeito que, por um lado, pode ser muito sedutor; mas deve ser encarada com cuidado, pois a entrega do paciente é tal que não favorece uma real situação terapêutica, com suas limitações e riscos.

O aspecto contratransferencial diz respeito aos movimentos afetivos do profissional de saúde em reação ao que é projetado por parte da outra pessoa. Da mesma forma que na transferência do paciente para seu médico, entram em jogo reações afetivas de acordo com o estilo de personalidade, idade, sexo, condição social, comportamento e outros. Essas reações afetivas, impossíveis de ser evitadas, são impregnadas muitas vezes por lembranças infantis, além de outros fatores pessoais contingentes como cansaço e luto. Da mesma maneira que a pessoa em atendimento, o profissional não está imune a essas situações e pode não estar todo disponível para a sua prática naquele momento.

Um aspecto que frequentemente envolve a relação profissional de saúde e pessoa é a questão da distância social entre seus integrantes. Isso se expressa na possibilidade de escolha do profissional por parte do paciente. Enquanto nas camadas superiores da sociedade é possível fazer uma opção de acordo com os títulos e a reputação dos médicos ou outros profissionais, nas camadas populares isso não se aplica, daí os critérios utilizados por estes são menos específicos, como amabilidade, complacência e simpatia. Assim, em geral, o profissional pode ser percebido como membro do grupo dos patrões, professores e outros da camada dominante da população, representantes da legalidade. Isso se soma a barreiras linguísticas, diferenças lexicais e sintáticas, além do vocabulário especializado, que dificultam a comunicação entre eles. Esses ingredientes propiciam o desenvolvimento de preconceitos e desconfiança que devem ser evitados (BOLTANSKI, 1984).

Tudo isso favorece, ou não, a identificação com o sofrimento do indivíduo, que naquele momento pede e/ou necessita de ajuda. Existe também o risco de a identificação ser exagerada e trazer um excessivo desejo de cura, que leva à perda da objetividade necessária para a tarefa médica.

O cuidado que deve ser tomado é o de não atuar, não tomar atitudes de rejeição ou agressivas que não favoreçam o vínculo positivo, terapêutico. Isso só pode ocorrer se o profissional tiver contato e procurar compreender seus próprios sentimentos, que aparecem naquela relação profissional em particular.

Balint (1984) afirma que faz parte da tarefa médica não só pesquisar os sintomas físicos manifestos, mas também a “demanda latente” do paciente. Ou seja, entender seus verdadeiros desejos e necessidades contidos naquelas queixas somáticas. O médico não pode deixar de procurar o sentido inconsciente que se expressa por meio da linguagem consciente. Isso também é válido para outros profissionais da área da saúde.

Muitas vezes, a linguagem corporal é a única de que o paciente dispõe por ainda não ter acesso à palavra, como no caso de uma criança, ou por seu aparelho psíquico não lhe permitir a representação de seus afetos, ou mesmo por estar sobrecarregado de emoções diante de um luto recente.

Por outro lado, se for possível o profissional perceber quais foram os sentimentos que aquele paciente lhe despertou, isso pode ser de enorme valia para entender a demanda implícita do doente e o tipo de investimento que faz sobre o médico.

Entender a nossa contratransferência é um instrumento de trabalho que inclui todos os que lidam com atendimento às pessoas.

Portanto, é interessante, para estabelecer uma relação terapêutica, que seja feito um **diagnóstico global**. Este corresponde ao diagnóstico da doença com seus detalhes técnicos e a percepção de como o paciente encara essa doença. Para isso, é necessário perceber a associação de alguns traços de personalidade e como a doença se insere na história de vida do paciente, ou seja, as condições psicológicas e ambientais em que aparece a doença, como a pessoa reage a esta e que tipo de apoio tem do grupo familiar.

Helman (2009) destaca este elemento como fundamental para estreitamento da relação terapêutica, apresentando a terminologia *disease* (doença) e *illness* (experiência de adoecer, enfermidade), utilizados no método clínico centrado na pessoa (STEWART, 2009). A Abordagem Centrada na Pessoa é uma tecnologia leve, fundamental aos profissionais da Atenção Primária.

Podemos dizer que a pessoa nos traz a enfermidade, carregada de experiências e expectativas, e o profissional de saúde – carregado de conhecimento científico –, racionaliza a queixa e a traduz em uma doença, para enquadrá-la no código da Classificação Internacional de Doenças (CID). Esse processo muitas vezes não considera os aspectos pessoais, familiares e sociais associados à doença, perdendo a capacidade de **diagnóstico global** da avaliação da enfermidade.

Contexto social e a enfermidade

GLOSSÁRIO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:

As representações sociais determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores, das ideias presentes nas visões compartilhadas pelos grupos, e regem consequentemente as condutas (MOSCOVICI, 1978).

Cada doença tem um impacto na história daquela pessoa em particular. Esse fato pode estar associado à ruptura de um determinado ritmo e hábitos de vida consequentes a uma resposta diante de uma situação traumática que provoca desorganizações e transtornos que necessitam ser revistos. A organização íntima entre a pessoa e sua doença/enfermidade é expressão da personalidade do indivíduo, bem como das *representações sociais* de doença forjadas pela cultura daquele grupo.

Cada sociedade tem uma representação da doença que pode ser entendida de acordo com duas correntes que remontam à Antiguidade: a concepção de doença como

invasão e como **reação do organismo**. A primeira confere à doença uma existência autônoma, independente do organismo, que o ataca e tenta destruí-lo. Essa concepção estimula atitudes combativas e de reforço de aliança entre o médico e o doente, pois existe um inimigo comum. A segunda corrente vê a doença como uma perturbação do equilíbrio, resultante de um jogo dinâmico no interior do organismo. A meta é restabelecer o equilíbrio, promover a cura espontânea, o que envolve outro tipo de aliança terapêutica, pois não existe um inimigo comum. Na prática, as duas correntes são complementares, não excludentes e persistem no pensamento médico até hoje. A última concepção ganhou força com a ênfase colocada sobre a importância de fatores ambientais, afetos, ou mesmo os fatores naturais de defesa que se voltam contra o organismo. Essa posição também comporta alguns riscos, como a negação do peso das variáveis genéticas, bioquímicas e fisiológicas, como também o sentimento de onipotência da psique, que não se dá conta de nossos limites (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1989).

Foucault (1987) assinala que a medicina moderna nasceu em fins do século XVIII, quando pôde ocorrer uma articulação entre espaço, linguagem e morte por meio do método anátomo-clínico, ou seja, quando o espaço da experiência se identificou com o domínio do olhar que se tornou o depositário e a fonte de clareza. A presença da doença no corpo passou a ser objeto para o olhar positivo do médico. Assim, a sociedade ocidental passou a compreender a noção de saúde a partir da noção de doença, e é nesse ponto que está o problema da prevenção e do limite entre normal e patológico (CANGUILHEM, 1990).

A normalidade pode ser entendida, em termos de média estatística, como tendo o seu valor na projeção de normas de saúde para a população, mas faz desaparecer a individualidade do fenômeno estudado na prática clínica. O pesquisador postula a existência de um *continuum* mensurável entre o estado fisiológico e sua perturbação, que pode ser muito diferente do ponto de vista do doente que vivencia sua doença. Este utiliza uma noção de norma relacionada a valor. Sua saúde faz parte de seus ideais, de suas representações do funcionamento de seu corpo, de sua autoimagem, e estes podem não estar de acordo com os de seu médico e da ciência oficial do momento.

Prescrição e encaminhamentos entre profissionais

Devemos considerar as relações recíprocas entre os vários profissionais que interagem nos sistemas de saúde, por exemplo, entre enfermeiro vs. médico, médico de família vs. médico-especialista focal, médico e/ou enfermeiro vs. odontólogo e odontólogo clínico geral vs. odontólogo especialista.

As questões ideológicas dos profissionais de saúde se expressam principalmente na hora da prescrição e do encaminhamento. É necessário observar se a orientação da prescrição responde às reais necessidades do paciente, ou se foi feita para tranquilizar o médico, enfermeiro ou odontólogo. É comum existir uma pressão social, de laboratórios, protocolos de pesquisa, para que o profissional prescreva determinado medicamento, orientação em saúde ou intervenção no qual não acredita muito, ou não está de acordo com as possibilidades econômicas do paciente.

Outra questão na qual se evidencia a postura do profissional é o encaminhamento para um especialista. Balint (1984) nos lembra que é preciso ter cuidado para não participar de uma trama de omissão com conseqüente diluição da responsabilidade sobre aquele paciente. É frequente se manifestar, pelo ato de “passar para a frente”, um desejo de não se responsabilizar mobilizado pelas próprias características do comportamento do paciente, por exemplo, quando se trata de um paciente desafiador, ou querelante, entre outros motivos. Diante de tais questões, é comum o envio a outro profissional, como da enfermagem para o médico, do médico de família para o psiquiatra, ou do odontólogo da UBS para o odontólogo especialista, de uma maneira descuidada, sem muitas explicações, para evitar a preocupação de como o paciente vai entender esse envio.

Tendo como exemplo a pessoa portadora de alguma doença mental, o temor de que se está catalogando a pessoa como louca traduz a posição ideológica do médico em relação à psiquiatria e à importância da avaliação da saúde mental no processo do adoecer daquele paciente. É uma situação que envolve uma ambivalência entre a capacidade de atender aquele doente e a impossibilidade de fazê-lo. Isso pode criar um clima de desconsideração e desconfiança, diante das queixas sem uma doença física evidente, que deve ser esclarecido.

Portanto, não é suficiente fazer apenas o diagnóstico da doença, se não tiver uma ideia de como o doente a percebe e como entende suas palavras. Para evitar uma comunicação destrutiva, o profissional de saúde deve adaptar suas palavras a cada doente e situação que se apresenta. Isso significa ter alguma ideia da estrutura e dinâmica psicológica de seu paciente, de como esta ressoa em si, no próprio profissional, além de considerar o contexto que os envolve.

O doente, sua doença e os mecanismos de defesa

A autoimagem e os ideais de cada indivíduo são função de sua história pessoal, infantil em particular, e do peso dos valores de seu grupo social. A concepção de sua doença e sua maneira de vivê-la reflete sua subjetividade. Como cada um vai ouvir as palavras de seu médico será fruto de construções subjetivas do doente, e não somente da fala objetiva e técnica do especialista. O profissional de saúde pode e deve ajudar seu paciente a reconhecer as situações capazes de ter repercussão orgânica e discriminar suas emoções com relação àquelas situações clínicas, por exemplo, quanto a situações agudas que pontilham um distúrbio crônico. Portanto, tem papel importante na aprendizagem da doença por parte de seu portador (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1989).

A dificuldade da situação de ser doente pode relacionar-se à situação de fragilidade e dependência em que se encontra o indivíduo, condição que provoca consequências psíquicas como regressão e depressão.



SAIBA MAIS...

A regressão é um mecanismo de defesa universal que faz com que o indivíduo tenha uma reação de autoproteção, fechar-se em si mesmo, com redução dos interesses, egocentrismo e maior dependência do grupo social. Muitas vezes isso é acompanhado de uma crença na onipotência do médico, pensamento com forte conotação mágica. Essa defesa é necessária, e a recusa em regredir reflete um medo exagerado de passividade que pode ter graves consequências. Por outro lado, a regressão pode se fixar e perpetuar o estado de doente. O indivíduo com sua doença encontra uma possibilidade de exprimir e receber trocas afetivas infantis. O profissional corre o risco de se irritar com tal comportamento e acabar abandonando o paciente em sua conduta regressiva, negando qualquer resposta a esse nível. No entanto, é o primeiro que pode fazer alguma coisa para evitar a manutenção do estado de doença, procurando implicar cada vez mais o doente em seu tratamento (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1989).

Determinado grau de depressão é quase inevitável e, muitas vezes, pode estar mascarado, por exemplo, por excessos de queixas. Esse estado psíquico se apresenta com desvalorização, incompletude, fatalidade, resignação e abandono de qualquer desejo. Os sinais clínicos da depressão podem ser confundidos com os do mecanismo de defesa da regressão; no entanto,

uma regressão aceita pelo doente e por seu grupo social o protege da depressão. O doente consegue “dar um tempo a si mesmo” e confia aos outros (enfermeiro, médico, odontólogo, cuidadores, familiares) a tarefa de ajudá-lo a reparar seu estado atual.

Outros mecanismos de defesas são frequentes e devem ser avaliados no tratamento do doente. São eles:

- negação;
- reação persecutória;
- isolamento.

A recusa da doença é comum se apresentar como a persistência de hábitos nocivos ou dificuldade em aceitar exigências do tratamento. Atrás dessa negação encontra-se o medo da doença. É frequente, em tais situações, o profissional assustar ainda mais o doente e assim reforçar a negação, no lugar de tentar ganhar a confiança de seu paciente e mostrar que só encarando o tratamento é que poderá vencer a doença. A reação persecutória é, na maioria das vezes, também consequente da negação. A pessoa, para não sucumbir à depressão, atribui sua dor às causas exteriores e reconhece o médico como agente de seu sofrimento, por ser ele quem nomeou seu estado.

O isolamento, por sua vez, evidencia uma neutralização de afetos que acompanha a tomada de consciência da doença. O doente procura falar da doença em termos científicos, documenta-se sobre o assunto e mantém a aparência de boa aceitação de seu estado. No entanto, está reprimindo suas emoções que, na maioria das vezes, são medo. Uma excessiva aceitação, sem nenhuma expressão de pesar, pode contribuir para agravar secundariamente a doença.

Cada doente vai vivenciar a “sua própria enfermidade”, do seu modo, de acordo com sua personalidade. Esta pode desempenhar um papel no desencadear da doença, ou ainda na maneira como a doença se instala. Nesse aspecto, a doença ou um acidente pode ser um “benefício secundário” na vida desse indivíduo e se tornar um fator de continuidade desse estado. São benefícios secundários conscientes à compensação social da doença, mas existem também os inconscientes, como a possibilidade de se retirar de relações frustrantes, tornar-se protegido, dependente e se subtrair das exigências do grupo social.

O profissional, ao escutar seu paciente, estimular a livre expressão de suas angústias e nomear uma doença, introduz a possibilidade de dar um sentido ao sofrimento da pessoa, de ajudá-la a se reorganizar frente às suas vivências. O que é dito e comentado é sempre menos apavorante do que o não dito que fica à mercê de nossas fantasias. Assim, o profissional deve fazer de tudo para adaptar sua linguagem à do paciente e evitar qualquer revelação ou interpretação prematuras sobre a natureza do sofrimento deste.

Quando os profissionais da Atenção Primária não se furtam a um efetivo acolhimento das pessoas sob seus cuidados, à promoção de um vínculo sedimentado na busca de uma clínica ampliada, à atenção ao impacto que a doença causa na pessoa (enfermidade), vão ao encontro de uma verdadeira prática integral, fundamental para a efetivação da Saúde da Família como eixo estruturante do sistema de saúde.

Referências

BALINT, M. **O médico seu paciente e a doença**. Trad. Roberto Musachio. Rio de Janeiro; São Paulo: Liv. Atheneu, 1984.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Trad. Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1985.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2. ed. Trad. Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2004saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes, 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 6 fev. 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. ver. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 29-87.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso medico. Trad. Colégio freudiano do Rio de Janeiro. São Paulo: Brasiliense, 1983.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro Forense Universitária, 1987.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Manual de psicologia médica**. Trad. Paulo R. Monteiro e Ruth R. Josef. São Paulo: Ed. Durban, 1989.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 116-160.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov.-dez. 2004.

STEWART, M. **Medicina Centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

TÄHKÄ, V. **O relacionamento médico-paciente**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, 1988.