

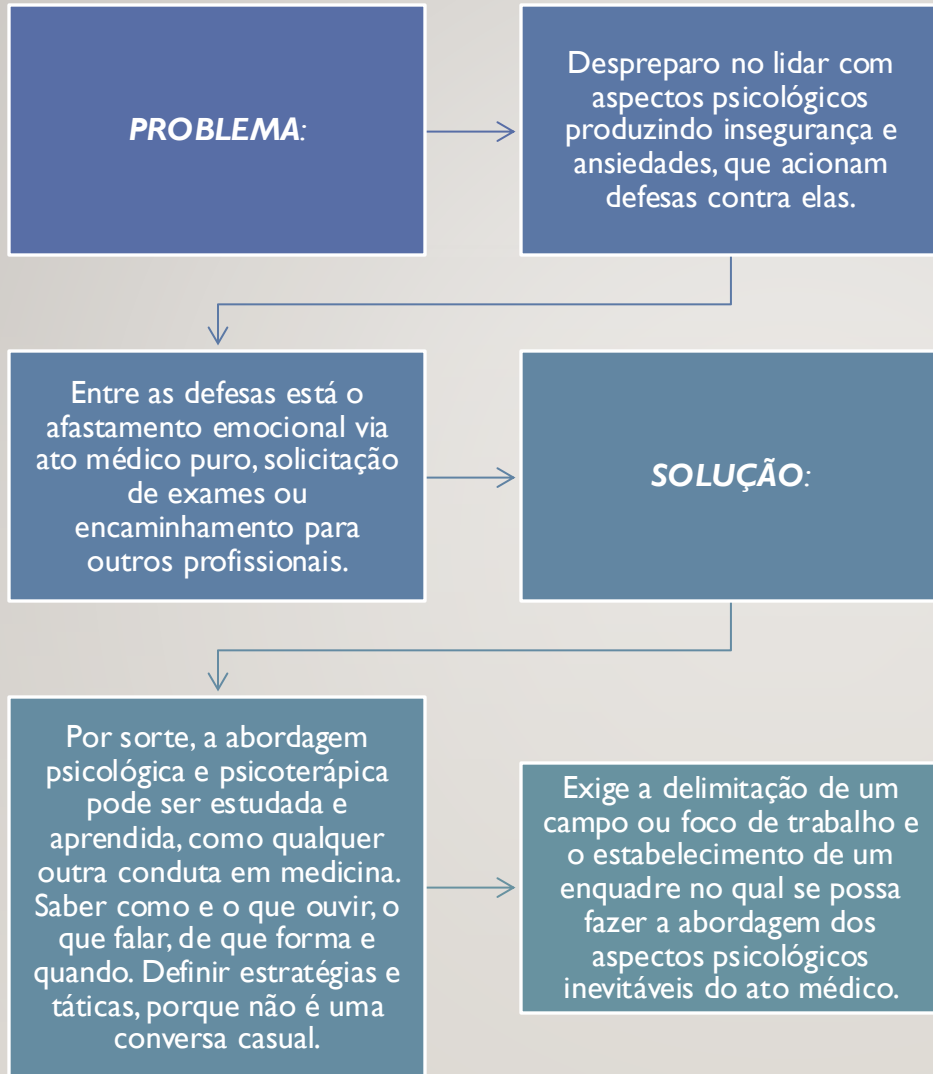
ESTRATÉGIAS E TÁTICAS NA PSICOTERAPIA MÉDICA

RESUMO DO CAP. 9 DE “PSICOTERAPIA PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA: A ARTE DE CONVERSAR COM O PACIENTE” (BLUCHER, 2023)

MARCO AURÉLIO C. ALBUQUERQUE

DESPREPARO COMO PROBLEMA

Com frequência, alunos e colegas me dizem que escutar o paciente eles até escutam, mas dali em diante não sabem o que fazer com o que escutaram, não sabem o que dizer para o paciente que tenha um problema de saúde mental, ou um componente emocional associado ao problema orgânico. Muitos pensam não ser essa sua tarefa ou confessam, com honestidade, que não se acham suficientemente treinados para realizar a abordagem psicológica.



PROBLEMAS E SOLUÇÕES

FUNDAMENTOS DA CLÍNICA

QUATRO ELEMENTOS BÁSICOS



ESTRATÉGIA e TÁTICA



CONTEÚDO e FORMA

OBJETIVOS E DEFINIÇÕES DAS ESTRATÉGIAS E TÁTICAS

Uma abordagem compreensiva que leve em conta os aspectos orgânicos e psicológicos, conscientes e inconscientes da comunicação e da relação com o médico. Definir estratégias para alcançar os objetivos mais amplos, e determinar táticas para chegar lá.

De forma simplificada, a **estratégia** se refere ao *plano geral*, indica-nos que direção seguir, a **tática** se refere aos *meios específicos* de que lançaremos mão para alcançar os objetivos.

PRESSUPOSTO N. 1 - O ENQUADRE

- Conjunto de variáveis específicas e necessárias à criação de uma atmosfera receptiva para um atendimento em boas condições, que permitam a exploração dos aspectos psicológicos do paciente. Fazem parte variáveis tais como a pontualidade com o horário agendado, o local do atendimento, a duração previamente estipulada das consultas, sua frequência (eventual, semanal, quinzenal etc.), o prazo estipulado para a duração do tratamento.

PROBLEMAS DO ENQUADRE

- Em APS os dois principais problemas são o grande número de pacientes e as limitações de tempo da consulta. Isso faz com que o enquadre necessite de ajustes diferentes das psicoterapias tradicionais. O médico terá que contar com uma duração menor das consultas, frequência menor de comparecimento, um tempo limitado e breve de tratamento, entre outras adversidades.

PRESSUPOSTO N. 2 - ESCUTA EM ESTÉREO

Ao ouvirmos o paciente em estéreo, escutamos em uma das nossas “caixas de som” internas a queixa consciente, objetiva, somática, enquanto na outra, se treinarmos e aguçarmos o ouvido, poderemos ouvir aquilo que a pessoa não está verbalizando conscientemente, mas que está informando, mesmo sem perceber que o faz. Dessa forma nossa escuta do paciente fica muito mais completa para decidir a estratégia e as táticas a serem utilizadas.

DUAS PREMISSAS DA ESCUTA EM ESTÉREO

A primeira: acreditar que existe uma vida mental inconsciente, que dita a maioria das nossas ações.

A segunda: há uma comunicação não consciente e não verbal entre as pessoas, semelhante àquela que existe entre a mãe e o seu bebê

O QUE ESCUTAR?

Na escuta em estéreo, alguns dos “instrumentos” que temos que escutar são: queixa principal, fator desencadeante, conflito atual, conflito subjacente, a relação deste com o passado.

CLIMA EMOCIONAL

- Para que a relação médico-paciente também aconteça em estéreo, precisamos estar abertos e atentos, não só para compreender intelectualmente o que o paciente nos conta, mas também para sentir o que está acontecendo, o clima emocional da consulta e da relação enquanto ela acontece.

QUALIDADES DO “OUVIR”

- Ouvir não é uma atividade passiva, necessita de uma disposição ativa, que exige uma grande capacidade de prestar atenção.
- Essa atenção deve estar voltada para o paciente, não para o próprio médico e seus pensamentos enquanto apenas aguarda o paciente parar de falar.
- Só ouvindo assim se torna possível compreender em profundidade o que o paciente está dizendo, decodificar o significado de sua linguagem mediante o interesse e a empatia.

PRESSUPOSTO N. 3 - CONTRATRANSFERÊNCIA

- A percepção emocional do médico às comunicações emocionais do paciente.
- O uso dessa percepção como uma ferramenta para compreender o que se passa dentro do outro. Pode ser uma chave ou uma tranca.

PRESSUPOSTO N.4 - FOCO

- Escolher o foco é parte da estratégia, manter-se nele é parte da tática.
- Como escolher um foco? O que ouvir primeiro? Ou o que é mais importante ouvir?
- Geralmente, a pista estará nos sintomas ou nos problemas que trouxeram o paciente à consulta, aqueles que ele relatará espontaneamente no início da entrevista. Por isso uma regra fundamental, no início da consulta, é deixar o paciente falar espontaneamente tanto quanto for possível, sem interromper seu fluxo associativo

ESCOLHA DO FOCO

- Para determinar um foco é importante prestar atenção ao afeto predominante, às emoções experimentadas. Elas podem ser aquelas ditas “positivas”, como as amorosas p. ex., ou as ditas “negativas”, como medo, agressividade, destrutividade.

O FOCO E O PONTO DE URGÊNCIA

Outra razão para estabelecer um foco é que, uma vez que a pessoa sob estresse tem pouca capacidade de se concentrar, limitá-lo a um ou dois tópicos é mais acertado e benéfico, evitando uma sobrecarga de informações e definindo o que é mais prioritário para o momento. Isso facilita investigar, no retorno, como foi o período entre as consultas, revisando os tópicos abordados e ganhando tempo.

PRESSUPOS TO N. 5 – O PONTO DE URGÊNCIA

- Aquilo que mais incomoda ou perturba o paciente no momento, o que o fez buscar ajuda (a pergunta fundamental: por que agora?)

PRESSUPOSTO
N. 6 – AS
QUALIDADES
(TÁTICAS) DO
FALAR

- De forma mais ativa, num primeiro momento mais focada nos aspectos da realidade atual do paciente.
- Do mais urgente para o menos urgente, do presente para o passado, do objetivo para o subjetivo.

PRESSUPOSTO
N. 6 – AS
QUALIDADES
(TÁTICAS) DO
FALAR

- Uso da comunicação não verbal (emprestar uma caixa de lenços, concordar com a cabeça, inclinar-se na direção do paciente para demonstrar atenção) que demonstre atenção e cuidado.
- Usar intervenções facilitadoras.
- Usar intervenções expansivas (perguntas abertas, clarificação de alguns temas, busca por associações que melhor esclareçam o problema).

QUALIDADES (TÁTICAS) DO FALAR

- Cuidado com a escolha das palavras e seus múltiplos significados, seu duplo sentido, tanto as faladas pelo paciente quanto as que o médico dirá depois, que poderão ser ouvidas de forma diferente (taquicardia entendida como ataque cardíaco).

ENCERRAMENTO DA CONSULTA



Dar as informações necessárias e escolher uma opção de ajuda ou tratamento, sempre de forma compartilhada com o paciente e compatível com sua vida e expectativas.



Nunca digo a um paciente o que ele deve fazer, sempre lhe exponho as opções que dispomos e examino com ele o melhor caminho a seguir, uma vez que é ele que irá se tratar, não eu.



Se explico ou proponho algo, pergunto se aquilo faz sentido para ele, porque se não fizer, é sinal de que devo voltar atrás, me fazer entender melhor. Sem a compreensão e a concordância do paciente, não vamos a lugar algum.

ENCERRAMENTO DA CONSULTA

Nunca pergunto “Você entendeu o que expliquei?” e sim “Algo do que lhe falei pode não ter ficado suficientemente claro? Gostaria que eu explicasse de novo?”

A responsabilidade pelo não entendimento é sempre do médico.

PROBLEMAS NO ENCERRAMENTO

- Um problema possível de ocorrer no final das consultas é encontrar uma oposição disfarçada, ou mesmo aberta e ostensiva, do paciente às opções de tratamento propostas, o que exigirá de nós mais um esforço de compreensão psicodinâmica do porquê dessa resistência. Por vezes, teremos que ter flexibilidade, paciência e capacidade de negociação para conseguir mais adiante o que não foi possível hoje.