

**Estratégias e táticas na psicoterapia médica –
Resumo do Cap. 9 de “Psicoterapia para médicos de família: a arte de
conversar com o paciente”, Marco Aurélio C. Albuquerque (Blucher, 2023)**

TUDO INICIA COM A PERCEPÇÃO DE UM PROBLEMA:

Com frequência, alunos e colegas 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.

Despreparo no lidar com aspectos psicológicos produzindo insegurança e ansiedades, que acionam defesas contra elas.

Entre as defesas está o afastamento emocional via ato médico puro, solicitação de exames ou encaminhamento para outros profissionais.

Por sorte, a abordagem psicológica e psicoterápica pode ser estudada e aprendida, como qualquer outra conduta em medicina.

E A SUGESTÃO DE UMA SOLUÇÃO:

Preparar-se. Saber como e o que ouvir, o que falar, de que forma e quando. Definir estratégias e táticas a serem utilizadas, porque a consulta médica não é uma conversa casual.

Exige a delimitação de um campo ou foco de trabalho e o estabelecimento de um enquadre no qual se possa fazer a abordagem dos aspectos psicológicos inevitáveis do ato médico.

IMPORTÂNCIA E DEFINIÇÕES DAS ESTRATÉGIAS E TÁTICAS

Necessidade de uma abordagem compreensiva e integrada, que leve em conta os aspectos orgânicos e psicológicos, e os aspectos conscientes e inconscientes da comunicação e da relação com o médico.

Os quatro pontos fundamentais, indissociáveis e interrelacionados na abordagem clínica de qualquer paciente são as duplas *conteúdo e forma, estratégia e tática*.

Definir estratégias (para isso é preciso conhecer os conteúdos) para alcançar os objetivos mais amplos, e determinar táticas (as formas) 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.

Há um conjunto mínimo de pressupostos nessa forma de trabalhar:

PRESSUPOSTO N.1 - O ENQUADRE

Diz respeito ao 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 dessas variáveis a pontualidade com o horário agendado, um local adequado para o atendimento, a duração previamente estipulada das consultas, sua frequência (eventual, semanal, quinzenal etc.), o prazo estipulado para a duração do tratamento, ou a ausência de prazo etc.

PROBLEMAS DO ENQUADRE NA PSICOTERAPIA MÉDICA

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, eventualmente, terá que contar com uma duração menor das consultas, frequência menor de comparecimento, um tempo limitado e breve de tratamento, entre outras adversidades.

Os problemas não desobrigam o médico de APS de fazer o melhor que estiver ao seu alcance.

PRESSUPOSTO N. 2 - ESCUTA EM ESTÉREO

Ao ouvirmos o paciente “em estéreo”, escutamos em uma das nossas “caixas de som” internas a queixa atual, 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 “escuta em estéreo” tem duas premissas básicas.

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

A segunda: há uma comunicação não consciente e muitas vezes não verbal entre as pessoas, semelhante àquela que existe entre a mãe e o seu bebê, e esse aspecto inconsciente pode ser apreendido e traduzido em palavras pelo médico.

MAS O QUE ESCUTAR?

Na escuta em estéreo, alguns dos “instrumentos” que temos que escutar são: queixa principal, fator desencadeante, defesas que não funcionaram como antes, conflito atual, ponto de urgência para o paciente.

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.

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).

CLIMA EMOCIONAL EM QUE A ESCUTA É REALIZADA

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 do que sentimos na relação enquanto ela acontece. Isso nos leva ao terceiro pressuposto:

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.

Um médico geral britânico descreveu o caso de uma mulher que machucou um dedo arrancando ervas daninhas do jardim, exigindo apenas imobilização e anti-inflamatório para um “dedo de mallet”. A origem da lesão se devia ao fato de estar com muita raiva do marido, que não satisfazia seu desejo de mudarem para outra casa, mesmo tendo os recursos para isso. Ela não conseguia verbalizar essas queixas, nem para o marido, num primeiro momento, nem para o seu médico de família na consulta. Este percebeu, viu seus sentimentos contratransferenciais, que ali havia algo oculto.

O médico teve sua atenção para o problema despertada pelo sentimento contratransferencial de estranheza que experimentou, uma vez que já conhecia a paciente de outras consultas, sabia que ela era uma excelente jardineira (portanto, não era de se esperar que machucasse o dedo daquela forma), sabia também que

ela era uma pessoa muito controlada e contida nas suas emoções, e foi sensível o suficiente para perceber que ali havia algo mais.

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?

ESCOLHA DO FOCO

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

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 pode ser dinâmico e se modificar conforme a vida do paciente

PRESSUPOSTO 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?)

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.

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.

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).

Evitar as intervenções obstrutivas (evitar perguntar “por que?”, perguntas fechadas, perguntas muito longas, ou que contenham uma afirmação crítica embutida, aconselhamentos ou interpretações prematuras).

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.

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.