

CAPÍTULO 5

OUVINDO PEDRO

Data de aceite: 02/05/2024

Carolina Machado

Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e
Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Cindy Burato Pedrozo

Acadêmica do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Cristiano Vinícius Isotton

Acadêmico do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Franco Giovanni Sandri Serafim

Acadêmico do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Lucas Fontana Breguez da Cunha

Acadêmico do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Roque Eduardo Silveira de Mello Filho

Acadêmico do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí
Membro da Liga Acadêmica de Medicina
de Família e Comunidade da Universidade
do Vale do Itajaí

Sunny Burato Pedrozo

Acadêmica do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Thiago Colpo

Acadêmico do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou

Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

Pedro, 12 anos, é um menino bem conhecido da equipe de saúde da UBS Jardim dos Trabalhadores, pois está sempre com seu avô, Seu Geremias. Numa manhã de segunda-feira eles procuram a UBS e são encaminhados para acolhimento.

- Bom dia, Pedro, Seu Geremias. Como vocês estão hoje? O que trouxe você até aqui, Pedro?
- Minha barriga dói muito, doutor.
- Vamos ver o que pode ser então, Pedro. Vou pedir para você deitar ali para eu te examinar, tudo bem? [1]
- Tudo bem, doutor, responde Pedro.

Antes de partir para o exame, o avô comenta:

- Doutor João, o Pedro está reclamando com essa dor faz uns dois dias. Ele também está enjoado e tem vontade de vomitar. Não tem comido direito.

O médico então resolve fazer mais perguntas à Pedro:

- Pedro, além dessa dor, você está sentindo outro sintoma?
- Sim, tenho vontade de vomitar e não quero comer nada - afirma o garoto.
- Em relação a essa dor, em uma escala de 1 a 10, quanto você a classifica? [2]
- Acho que 7, doutor.
- Você percebeu alguma coisa que faz a dor diminuir?
- Não sei dizer, só sei que está me incomodando muito.

Dr. João pergunta ao avô:

- Seu Geremias, o Pedro teve febre durante esses dias?
- Nem notei, creio que não [3].
- Posso dar uma olhada como está sua barriga, Pedro?

Após o exame físico...

- Seu Geremias, parece que não tem nada de errado no exame físico do Pedro.

1 - O médico não explora a queixa, mas se contenta com uma resposta que preenche a lacuna de uma queixa principal em prontuário.

2 - Fica claro o objetivo do médico de seguir o protocolo mais do que entender a situação a fim de promover um cuidado integral personalizado.

3 - Traz questionamentos sobre a qualidade do cuidado oferecido pelo avô, e quando ouviu que o avô nem notou, não buscou explorar esse fato.

Pedro interrompe...

- Mas doutor, a dor está me atrapalhando muito [4].
- Eu entendo, Pedro. Vamos iniciar um tratamento para aliviar seus sintomas imediatos, mas também precisamos ficar atentos a qualquer mudança ou piora dos sintomas. Se a dor persistir ou outros sinais aparecerem, como febre, vômitos persistentes, ou alterações no padrão das fezes, é importante nos informar imediatamente [5].

Sr. Jeremias: Pode deixar, doutor. Estamos atentos.

Pedro e seu avô deixam a UBS e seguem para casa com a receita.

4 - O paciente aqui clama por uma ampliação do cuidado que está sendo fornecido.

5 - A consulta se encerra quando a terapêutica e intervenções para as queixas verbalizadas foram respondidas.

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Pedro, 12 anos, é um menino bem conhecido da equipe de saúde da UBS Jardim dos Trabalhadores, pois está sempre com seu avô, Seu Geremias. Numa manhã de segunda-feira eles procuram a UBS e são encaminhados para acolhimento.

- Bom dia, Pedro, Seu Geremias, tudo bem? O que houve com você hoje Pedro?

Cabisbaixo, Pedro aponta com a mão para a barriga.

- Está doendo a barriga? Me conte o que houve Pedro... você é sempre tão falante... [1]

Seu Geremias toma a frente e fala:

- Dr. Marco, o Pedro está reclamando dessa dor faz uns dois dias. Ele chega a estar amuado. A gente sabe que ele não é assim. Acho que se der um remédio para as bichas resolve.
- Pedro, eu gostaria de entender melhor essa dor. Sei que você gosta de conversar, pois sempre batemos altos papos quando você vem com seu avô no Café com Saúde. Quer me falar um pouco sobre o que você está sentindo? [2]

Pedro acena que não com a cabeça e começa a chorar.

- Pedro, eu quero muito te ajudar, mas preciso que você me ajude nesse momento. Quer que o seu avô espere um pouquinho lá fora para a gente conversar? [3]

Pedro acena com a cabeça que sim.

- Seu Geremias, vou pedir a gentileza de aguardar uns minutinhos lá fora, para que eu possa conversar melhor com o Pedro, pode ser? Eu já lhe chamo.
- Tudo bem, doutor, mas eu já vou lhe adiantando que isso é manha de garoto.
- Então Pedro, agora que estamos só nós, me conte melhor sobre o que você está sentindo. O que você acha que pode ser essa dor? [4]
- Faz dois dias que doi a minha barriga.

O choro se intensifica e Dr. Marco oferece um lenço para Pedro e aguarda alguns instantes.

1 - O médico utiliza a longitudinalidade como ferramenta para o cuidado. Com esta fala, demonstra que conhece Pedro e percebe que algo está errado.

2 - O médico explora, aqui, a experiência da doença, não se contentando com um sintoma a ser tratado, mas considerando que o que incomodava Pedro talvez não fosse só a dor abdominal.

3 - O médico se empenha no objetivo de criar um ambiente mais seguro e confortável para a criança.

4 - O médico utiliza de mais ferramentas de comunicação para compreender a experiência de doença do paciente. Com essa pergunta busca identificar qual a ideia de Pedro sobre sua dor, utilizando o componente 1 do MCCP.

- Essa dor te atrapalha, Pedro? Quero entender melhor seu problema para que a gente consiga pensar juntos formas de te ajudar [5].
- Tenho vontade de vomitar e não quero comer nada. Afirma o menino chorando.
- Aconteceu alguma coisa antes disso Pedro? Você comeu algo diferente? Algum problema na escola? [6]
- Aconteceu sim. Sábado final da tarde fui soltar pipa lá pras bandas do arrozal do Seu Valdomiro, quando eu vi estava anoitecendo. Aí vieram uns moleques, riram de mim... depois me pegaram por trás doutor, me machucaram. Disseram que eu era mulherzinha.
- Nossa Pedro! Isso é muito grave. Você chegou a contar para alguém? Para o teu avô? Você conhece esses garotos?
- Conteí sim, doutor, mas já tô acostumado com essas coisas.
- Como assim acostumado? Sei que quem cuida de você é o seu Jeremias. Moram só vocês dois? [7]
- Moramos eu, ele e o meu tio, irmão do meu pai que já morreu. Mas eles fazem isso comigo direto também doutor. Meu tio vive abusando de mim, e meu avô às vezes também. Já tô até acostumado (choro).
- Pedro, nós precisamos cuidar de você, afasta-lo dessas pessoas que te fazem mal. E a tua mãe?
- A minha mãe também morreu, quando eu era pequeno e morávamos em São Paulo. Aí depois que ela morreu meu pai veio comigo pra cá, e um tempo depois também morreu num assalto.
- Mas você tem contato com a família da tua mãe? Seus avós, tios? [7]
- Nem conheço doutor, eles são tudo de São Paulo, eu acho. Eu não tenho família, só o meu tio e meu avô mesmo.
- E por parte do teu pai, além do teu avô e teu tio, conhece mais alguém? Tem contato com algum parente? Algum amigo mais próximo? [8]
- Não... somos só nós mesmo. Quando ele bebe e vem pra cima de mim, às vezes eu corro e me escondo na casa da dona Sueli. Ela é bem querida... quando vou pra lá ela me abraça e me dá comida, mas eu sei que o marido dela não gosta.

5 - Acolhendo os sentimentos, o médico indica que as perguntas são para que eles possam trabalhar juntos na promoção do cuidado.

6 - O médico busca ampliar o entendimento para além das causas puramente biológicas.

7 - Aqui o médico passa a ativamente questionar sobre o contexto que Pedro está inserido, buscando entender sua realidade (componente 2 do MCCP).

8 - Dr. Marco se empenha em entender as possibilidades de estabelecer ou fortalecer redes de apoio para Pedro e ampliar seu plano de cuidados.

- Mais alguém que cuide de você? Alguém com quem você possa contar? **[8]**
- Tem a Andreia, que é a diretora da escola. Parece que quando acontece alguma coisa ela sente. Sempre vem e pergunta como eu tô... mas só isso mesmo doutor Marco.
- Pedro, estou realmente muito preocupado com você. Percebo que você está passando por situações de violência e juntos precisamos resolver a melhor forma de cuidar de você **[9]**. Nesse momento eu preciso tomar algumas medidas, inclusive pedir alguns exames para você, mas o que mais me preocupa agora é te proteger e evitar que novos episódios de violência aconteçam. Você concorda? **[10]**
- Acho que sim doutor. Sei que isso não podia acontecer. Mas o que pode acontecer comigo? Preciso deles... não tenho família, não tenho pra onde ir...
- Então, preciso de ajuda para cuidar de ti nesse momento. Entendo todas as tuas angústias. Vou conversar com a minha equipe e fazer uns telefonemas e já retorno para conversar contigo.

O médico Marco vai até o consultório da enfermeira Heloisa, relata o caso e juntos chamam a ACS Elis, que relata que de fato Pedro não tem contato com ninguém mais da família, e que já suspeitava que Pedro poderia estar sofrendo agressões. Lembra que hoje é dia do Psicólogo Jackson na UBS e pede para ele conversar com o Pedro enquanto a equipe toma algumas providências **[11]**.

A equipe então resolve realizar testes rápidos na UBS, notificar o caso de violência, telefonar para o Conselho Tutelar e chamar seu Geremias para uma conversa franca. As medidas legais são tomadas.

Diante de uma situação tão complexa, a equipe senta e reflete que parece estar fazendo pouco, mas dada a gravidade avalia que foram muitas coisas para um primeiro momento. A partir de agora a família passará por acompanhamento semanal com a equipe multiprofissional da UBS e fará reuniões multissetoriais (CREAS, Escola, Conselho Tutelar) para melhor condução do caso.

9- O médico deixa claro que é corresponsável pelo cuidado de Pedro (componente 3 do MCCP).

10- Pedro é colocado no centro do seu cuidado, sendo cada etapa do seu processo terapêutico comunicado e tendo a decisão compartilhada.

11- O cuidado não é centralizado na figura do médico, mas sim compartilhado interdisciplinarmente e intersetorialmente.

NÃO É APENAS UMA DOR DE BARRIGA

O caso de Pedro traz à tona problemas aos quais o sistema prefere fechar os olhos. Quantas queixas de dores abdominais foram manejadas em consultas de 5 minutos sem que o médico desviasse os olhos do computador? O que aconteceria com Pedro se sua consulta não fosse centrada nele, mas na queixa de dor abdominal? E se o objetivo final do médico fosse tratar a queixa e não cuidar do paciente?

No primeiro caso, centrado na doença, temos uma consulta clássica de Ambulatórios de Pediatria, Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimentos. Dor abdominal é um dos principais motivos que leva a criança ao atendimento¹. Assim, o Dr. João, treinado para intervir e remediar, centrado na queixa e na doença, age de maneira rápida, pensando, de maneira sistemática e mecanizada, em resolver o problema que lhe foi apresentado - o mais rápido possível - para poder iniciar o próximo atendimento, que pode ser mais complexo que uma dor abdominal em uma criança de 12 anos.

A epidemiologia e as estatísticas fornecem protocolos para manejo de dor abdominal. A eficácia dos guidelines e da medicina centrada na doença depende apenas do paciente relatar a queixa de maneira clara. Cai por terra sua validade quando o real problema não é comunicado verbalmente e o cuidado em saúde depende, agora, de um olhar atento e de um ouvido disposto. A assistência em saúde adequada depende de gente com força e disposição para lutar pelo paciente.

Cinco minutos foram suficientes para o médico centrado na queixa terminar a consulta. Consulta que preenche os requisitos de uma boa consulta pelo padrão do método clínico tradicional: adequada clinicamente, com exame físico direcionado, descartando sinais de alarme, mas também, centrada na doença, com a assistência centralizada no médico, intervencionista e rápida. Muito rápida. Baseado nas perguntas corretas para a caracterização da dor e na assistência prestada, muitos pacientes, profissionais da saúde e gestores classificariam o primeiro médico como um bom profissional. Tal conclusão faz refletir o que torna um profissional da saúde bom. Por quais padrões estabelecemos um bom profissional ou um mal profissional. Se a expectativa é atender queixas pontuais de maneira mais eficaz e rápida visando um custo monetário x benefício lucrativo, talvez o Dr. João seja considerado excelente.

Assim, entende-se que as questões de saúde não são passíveis de discussão fora de um espectro sociopolítico. A ascensão do capitalismo trouxe uma visão exclusivamente biologicista da saúde, desprezando a medicina como uma ciência social. Resultando, assim, na diminuição da responsabilidade do Estado em promover mudanças sociais para melhorar a saúde, colocando a carga do adoecer sobre os indivíduos. Por esse olhar, o que é valorizado dentro de um sistema de saúde são recursos, humanos ou materiais, mais rápidos, baratos e que resolvam os problemas pontuais e desconexos de um sistema que guia todos ao adoecer².

Já no segundo caso, a aplicação das ferramentas de comunicação clínica e do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) muda completamente o rumo do cuidado fornecido a Pedro. Para o médico centrado na pessoa, era palpável o que para o médico centrado na doença era invisível: a dor abdominal não era o problema. A abordagem centrada na pessoa durante uma consulta aproxima dois especialistas: o profissional de saúde, frequentemente especializado em doenças, e o paciente, especialista em si mesmo. Essa abordagem facilita a comunicação quando ambos compartilham objetivos, interesses e responsabilidades.

A primeira etapa do MCCP é entender o que é a queixa para o paciente e o que o leva a buscar o cuidado em saúde que está sendo, ou pode ser fornecido. No caso, Pedro apresenta uma dor abdominal, sem sinais de alarme. Muitos médicos considerados bons param aqui. Queixa? Intervenção. Próximo! Olhos atentos de dr. Marco, centrado na pessoa, com a longitudinalidade do cuidado a seu favor, identificam que algo está diferente com Pedro e a partir dessa percepção e do convite para o avô se retirar, o fluxo de violência e abuso de Pedro começa a mudar.

No início da consulta, o médico Marco já consegue se desvincular da abordagem tradicional, centrada na doença, de toda carga teórica que o capacitava a tratar uma dor abdominal em uma criança, e investe tempo ouvindo e observando Pedro, entendendo como a dor abdominal se manifestava naquele paciente único. O médico explora, através do diálogo acolhedor e do olhar cuidadoso, cada um dos sentimentos e ideias de Pedro sobre sua queixa, o impacto que a queixa trazia para seu dia a dia, além de caminhar ao entendimento das expectativas de Pedro com a consulta.

A segunda etapa do MCCP propõe compreender o paciente inserido em seu contexto de vida e a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial nesse aspecto, pois permite ao profissional conhecer a pessoa em profundidade, entender seus problemas e identificar as causas subjacentes. Marco, por ter vínculos com a comunidade e conhecer o ambiente de Pedro, consegue contextualizar sua saúde de maneira mais ampla. Sendo Pedro paciente único, com experiências e percepções únicas de vida, o médico se envolve em compreender o paciente não individualmente, mas, de maneira muito mais poderosa: coletivamente, como um cidadão de uma comunidade, como um integrante de uma família, um aluno de uma escola...

A terceira etapa do MCCP consiste na elaboração de um plano terapêutico conjunto, no qual o paciente participa ativamente³. Ele é o protagonista desse cuidado e o especialista em sua vida. Pedro, criança em situação de vulnerabilização e risco, não é tratado como uma vítima inerte, alguém alheio a situação, mas cada passo dos protocolos, aos quais ele tem direito e é dever do médico seguir, é orientado e explicado. O médico o envolve em todas as etapas de decisão, explicando cada procedimento, respeitando os direitos de Pedro e cumprindo com seus deveres legais como médico.

O quarto componente do MCCP traz a intensificação da relação médico-paciente³. No caso, vemos um médico com atuação centrada na pessoa, e que o relacionamento com o paciente, desenvolvido na longitudinalidade do cuidado, foi capaz de indicar que havia pontos a serem observados. Sem uma boa relação entre o cuidado e o cuidador, a terapêutica perde o sentido e a eficácia. A relação saudável entre médico e paciente promove saúde e coloca o cuidador num lugar de facilitador do processo de construção de saúde e de alívio de sofrimento, e faz o paciente confiar no médico, que agora, o conhece e é capaz de respeitá-lo em suas crenças, anseios, vontades, medos e esperanças.

Em casos como o de Pedro, não existe abordagem 100% eficaz, mas o Método Clínico Centrado na Pessoa consegue transcender a mera queixa clínica para adentrar as complexidades das situações e determinantes sociais que definem a condição de saúde. Ao colocar a pessoa como protagonista do seu cuidado, o MCCP busca sim compreender os aspectos clínicos da doença, com um atendimento clinicamente adequado e terapêuticas baseadas em evidência. Mas também leva em consideração o contexto social, econômico e emocional em que o paciente está inserido. No caso de Pedro, a abordagem centrada na pessoa permitiu ao Dr. Marco identificar além da dor abdominal, graves problemas de violência, abuso e vulnerabilização que ele enfrentava. Isso reflete a interseção entre a saúde e a determinação social, mostrando que a saúde de um indivíduo não pode ser dissociada de sua realidade social e das condições em que vive. Portanto, ao adotar o MCCP, os profissionais da saúde estão não apenas tratando sintomas, mas também atuando como agentes de transformação social, buscando equidade e justiça na promoção da saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Gusso G, Lopes JM, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 2432 p.
2. Maeyama MA, Dolny LL, Knoll RK. Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática. Itajaí: UNIVALI; 2018.
3. Stewart M, Freeman TR, McWilliam CL, Brown JB, Weston W, McWhinney I. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.