

Pediatria em destaque

Maria Conceição Alves Jucá
Mércia Lima de Carvalho Lemos

Editores da seção

A CONSULTA PEDIÁTRICA – ALGUMAS REFLEXÕES

Almir de Castro Neves Filho

Professor Assistente Mestre do Departamento de Saúde Materna Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Médico da Unidade de Cuidados Neonatais Intermediários do Hospital Infantil Albert Sabin.

A sala onde acontece a consulta ambulatorial talvez constitua o local que mais freqüentemente vai proporcionar o encontro do profissional de saúde com a sua clientela. É a forma mais simples de atendimento e exercida com mais regularidade durante toda a carreira da maioria dos médicos. Estranho, portanto, que se fale tão pouco deste encontro e, pior, que se conheça tão pouco sobre ele.

Durante o curso médico, o contato com o paciente se inicia sem uma preparação prévia, sendo então absorvidas pelo acadêmico as condutas e procedimentos dos seus preceptores. Devemos assumir, honestamente, que todo um potencial terapêutico representado pelas habilidades de comunicação está sendo desperdiçado pela imensa maioria dos profissionais por motivos variados, como falta de tem-

po, condições de trabalho, nível cultural da clientela etc. Mas o motivo principal, sem dúvida, é que o médico não detém conhecimentos que o permitam explorar melhor as suas potencialidades, dominado que está pelo tecnicismo dominante em sua formação acadêmica.¹

A consulta pediátrica, então, constitui-se em verdadeiro exercício do manejo de sensações variadas, desde a identificação com a criança até sentimentos hostis para com a família. O pediatra mobiliza, instintivamente, capacidades como habilidades motoras, acuidade sensorial, faculdades intelectual-cognitivas e cargas emocionais, que vão depender das características pessoais próprias, das características do caso e do paciente. Esta mobilização, já concluímos, é muito mais intensa pelo fato

de que o indivíduo que exibe sofrimento é uma criança ou adolescente.²

As noções de transferência e contra-transferência são razoavelmente conhecidas dos profissionais. No entanto, são a grande perda da relação médico-paciente no modelo vigente, fazendo com que o atendimento perca grande parte de sua eficácia e sedução e gerando uma progressiva perda de status do profissional médico frente à sociedade. No caso da consulta pediátrica está presente um triângulo, em que uma pessoa, em geral a mãe, interpreta os sinais de anormalidade no filho e os transmite ao médico, carregados de traços da sua personalidade e dependentes de suas experiências prévias de vida. É interessante observar que, quanto menor e mais dependente é a criança, mais intensamente depende das “boas” interpretações da mãe.

Quem é esta pessoa interlocutora e o que se passa em seu íntimo na vigência de seu filho doente? Ao concebê-lo, experimentou vivências regressivas, sonhou um bebê idealizado, bonito, saudável, pronto para suas fantasias de onipotência, de fusão com um ser perfeito, que possibilita oportunidade de reviver antigos relacionamentos e de separar-se da própria mãe. Conviveu com o bebê “invisível”, aquele que se movimenta em sua barriga mas não pode ser visto, rompendo com aquelas fantasias iniciais e mostrando que tem personalidade própria, que é outra pessoa. Por fim, teve que realizar a “fusão dos três bebês”, ou seja, fazer o luto pela

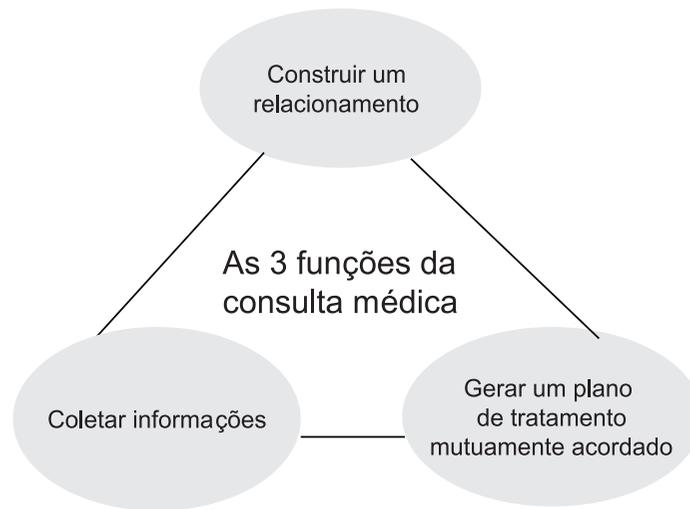
idealização e assumir o seu filho real.³

Convenhamos então que o nascimento, psicologicamente falando, não é uma coisa tão simples assim. Existem mulheres que fazem esta fusão de imediato, outras que demoram horas, dias, meses e outras que talvez não a realizem nunca. Algumas em que o recém-nascido é uma distorção completa do bebê idealizado, aí incluídos os prematuros e pequenos para a idade gestacional, tão frequentes em nosso meio, e os malformados. Pior que estes, os filhos não sonhados e não desejados. E, pior que os últimos, os filhos que permanecem não desejados.

O suporte familiar, suporte social, práticas e crenças de criação, mitos, violência doméstica, negligência, permissividade, mãe adolescente, relação com a própria mãe, com o companheiro, necessidades básicas não atendidas, tristeza, o que pode estar por trás desta pessoa que, em geral ansiosa e regredida, carregando culpas, nos passa as informações? Em que contexto vive o nosso amiguinho, ou amiguinha?

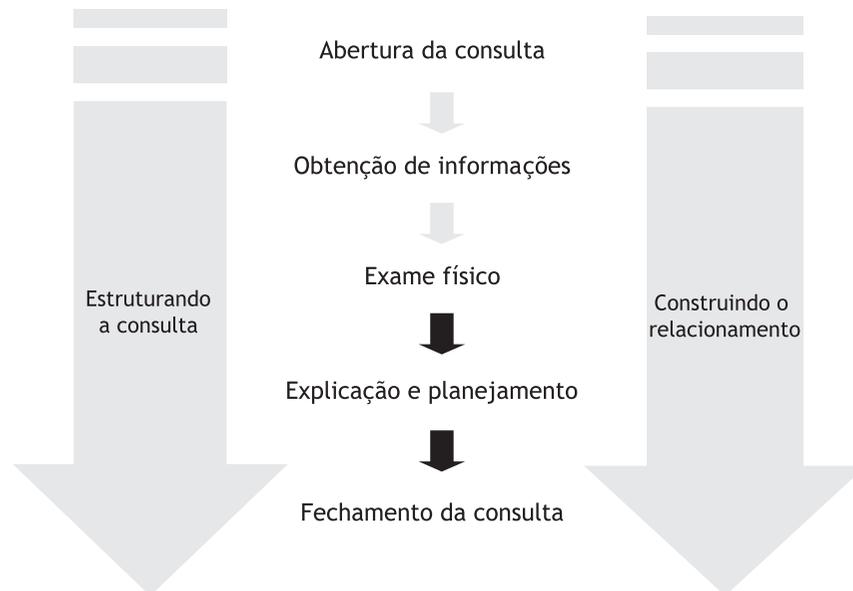
Não há fórmula mágica nem receita que nos faça elucidar estes pontos com facilidade. O que podemos instituir, com vontade, é uma normatização do atendimento que facilite este acesso, incluindo aí a agenda do paciente.⁴ Primeiro, entender que a consulta tem uma estruturação lógica a ser empregada, com o intuito de torná-la prática, objetiva, e com o cuidado de não perder pontos importantes e fundamentais.

FUNÇÕES DA CONSULTA



ESTÁGIOS DA CONSULTA

- Introdução
- Razão da consulta
- Exame verbal e físico
 - Discussão
 - Conduta
- Conclusão



ÁREAS DA CONSULTA

- Trabalhar o problema atual
- Trabalhar o problema crônico
- Oportunidade de educação em saúde
- Modificações no ambiente e nos hábitos para melhoria da saúde⁴

Segundo, conhecer e utilizar algumas habilidades de comunicação que trarão um grau de satisfação infinitamente maior na relação para ambos, médico e paciente.

Habilidades de ouvir e aprender:

- Comunicação não verbal útil
- Perguntas abertas
- Respostas e gestos que demonstrem interesse – facilitação
- Devolver com suas palavras o que a paciente diz
- Mostrar que entende como o paciente se sente – empatia
- Evitar palavras que soam como julgamento
- Reflexão

Habilidades de confiança e apoio:

- Aceitar o que a paciente pensa e sente
- Reconhecer e elogiar o que a paciente está fazendo correto
- Dar ajuda prática
- Dar pouca e relevante informação
- Usar linguagem simples e escrita legível
- Dar sugestões, e não ordens^{5, 6}

Por fim, observar e analisar alguns atributos exibidos durante a consulta pela acompanhante da criança, que podem ser fonte insubstituível de informação, com seus significados favoráveis ou desfavoráveis, gerando bem estar ou distúrbios reativos de conduta. Trazer a família para o seu lado, num objetivo comum. Entender que várias das nossas reações podem modificar a conduta mé-

dica. Não acreditar que o paciente veio de longe para pedir tal remédio, ou fazer tal exame, ou que ele não pode sair da consulta sem uma prescrição. Ele está vindo para ser atendido, numa dimensão bastante maior e melhor do que uma simples prescrição ou um simples exame laboratorial ou radiológico.

Nos últimos anos, a consulta médica veio se reduzindo a uma simples prescrição, muitas vezes sem sequer exame físico ou interlocução. É óbvio que não pode dar certo. Melhorar este momento, rever o conceito de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, valorizar o espaço sagrado da consulta, retomar a excelência da prática médica são as únicas saídas para devolver a credibilidade ao ato médico e recuperar o prazer que uma relação médico-paciente bem constituída é capaz de gerar.⁷

REFERÊNCIAS

1. Machado DVM. Ação Psicofilática do Pediatra. Monografias Médicas, Série “Pediatria”, Volume XII. Ed. Sarvier, 1979.
2. Di Loreto ODM. Do Psiquiatra Infantil ao Pediatra. In: Murahovschi, J. Pediatria: Diagnóstico+Tratamento; p.34-36. Sarvier. São Paulo, 1979.
3. Brazelton TB, Cramer BG. As Primeiras Relações. Martins Fontes; Editora – São Paulo, 1992.
4. Linda G, Usherwood T. ABC of psychological medicine: the consultation. BMJ 2002; 324: 1567-1569.
5. Sullivan R et al. Clinical Training Skills

- for Reproductive Health Professionals. Jhpiego Corporation, Maryland, USA. Second Edition, 1998.
6. Unicef. Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treinamento. Manual do Participante – Organização Mundial da Saúde, 1993.
 7. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care. *BMJ* 2001; 322; 1-7.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Almir de Castro Neves Filho

E-mail: acneves@fortalnet.com.br