



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Campos Pavone Zoboli, Elma Lourdes; Vital dos Santos, Deisy; Cabral Schweitzer,
Mariana

Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 20, núm. 59, outubro-diciembre, 2016,
pp. 893-903

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180147757006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Pacientes difíceis na atenção primária à saúde:

entre o cuidado e o ordenamento

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli^(a)Deisy Vital dos Santos^(b)Mariana Cabral Schweitzer^(c)

Zoboli ELCP, Santos DV, Schweitzer MC. Difficult patients in primary health care: between care and order. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):893-903.

This study was aimed to understand nurses and doctors ethical deliberation related to difficult patients in Primary Health Care (PHC). It used a comprehensive approach, based in the methodological theoretical framework of deliberative Bioethics, using semi-structured interviews and practical wisdom as the analytical category. Seventy PHC professionals in São Paulo were interviewed between 2002 and 2010. The results show that intermediary courses of action tend to a trade-off between two values: care and planning. In the case of extreme courses of action, nurses tend more to care and doctors to planning. We conclude that difficult patients are common in PHC and health professionals tend to have courses of action in order to assist them without disturbing the routines of services, of other professionals and of users.

Keywords: Professional practice. Nurse patient relations. Physician-patient relations. Primary Health Care.

O estudo objetivou compreender a deliberação ética de enfermeiros e médicos diante de pacientes difíceis na Atenção Primária à Saúde (APS). Utilizou-se uma abordagem compreensiva, ancorada no referencial teórico metodológico da bioética deliberativa. Analisaram-se as entrevistas semiestruturadas, tomando a prudência como categoria analítica. Entre 2002-2010, entrevistaram-se setenta profissionais da APS do município de São Paulo. Os resultados evidenciam que os cursos de ação intermediários dos profissionais tendem à conciliação dos valores cuidado e ordenamento. Nos cursos de ação extremos, as enfermeiras tendem para o cuidado, e os médicos, para o ordenamento. Conclui-se que os pacientes difíceis são comuns na APS e os profissionais tendem a apresentar cursos de ação para atendê-los, sem perturbar a rotina da unidade, os demais profissionais e usuários.

Palavras-chave: Prática profissional. Relação enfermeiro-paciente. Relação médico-paciente. Atenção Primária à Saúde.

^(a) Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419. Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. elma@usp.br

^(b) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, Ba, Brasil. deisy@ufpb.edu.br

^(c) Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marycabral101@usp.br

Introdução

As situações de encontros difíceis na Atenção Primária à Saúde (APS) são comuns e geram estresse para o profissional e o usuário¹. Entre 15 e 60% dos usuários da APS são considerados como “difíceis” pelos profissionais que os atendem². No Brasil, médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) relataram atender esses pacientes diariamente, um em seis atendimentos, ainda que o impacto na prática diária se dê mais pela intensidade emocional que pela frequência³. Essas circunstâncias podem gerar problemas éticos pelos conflitos de valores que envolvem. A despeito da influência da intuição e da subjetividade na compreensão do termo, há componentes comuns que dificultam o encontro de profissionais e usuários da APS: características do paciente e do médico, meio ambiente, condições de trabalho, habilidades de comunicação e relacionamento. Aponta-se, também, a interação entre idade, sexo e etnia dos profissionais e pacientes⁴.

Os estudos, usualmente, enfocam alternativas técnicas para lidar com a situação, esquecendo que envolvem conflitos de valores e deveres fundamentais da profissão^{1,3,4}. A presente pesquisa analisa a situação de pacientes difíceis para o cuidado na APS na perspectiva do conflito de valores. A enfermagem enquanto prática social articula cuidado-técnica e cuidado-ética. No primeiro, o valor central é a ordem ou o ordenamento e, no segundo, o valor central é o cuidado⁵.

Considerando isso, este artigo aborda as seguintes questões: como os valores cuidado e ordenamento articulam-se na prática de enfermeiros e médicos na APS?; Como esses profissionais deliberam no conflito dos dois valores? Para onde tendem os cursos de ação? Assim, o objetivo do artigo é compreender a deliberação ética de enfermeiros e médicos diante de pacientes difíceis na APS.

Pacientes difíceis associam-se a traços como: distúrbios de saúde mental, múltiplos sintomas, dor crônica, expectativas não atendidas, insatisfação persistente com a assistência, hiperutilização dos serviços de saúde³. Também questões de ordem médica e comportamental motivam considerar os pacientes como difíceis: falta de vontade de se cuidar; excesso de demandas; comportamentos manipulativos; famílias conflituosas; múltiplas queixas¹. Os pacientes hiperutilizadores dos serviços (heartsink patients), um tipo de paciente difícil, são os que visitam repetidamente os serviços com sintomas múltiplos, não específicos, muitas vezes, com queixas impossíveis de tratar¹. Descrevem-se os pacientes difíceis, em geral, como os que despertam nos profissionais uma mescla de sentimentos negativos (exasperação, derrota, aversão), usualmente, devido a comportamentos considerados inapropriados para ambientes de assistência médica². As situações de encontros clínicos difíceis na APS agravam-se quando os profissionais não dominam habilidades psicossociais³. O presente estudo, sem desconsiderar a variedade da tipologia de paciente difícil, usou o tipo hiperutilizador e demandante para analisar a tendência da deliberação dos profissionais.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem compreensiva, ancorada no referencial teórico-metodológico da bioética deliberativa, que usou como base empírica os discursos de enfermeiros e médicos de Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo. A coleta dos discursos deu-se durante nove anos de trabalho de campo (2002-2010) de projetos de pesquisa financiados que investigaram a interface da bioética e APS, com foco em ‘como’ e ‘com quais’ fundamentos os profissionais lidam com os problemas éticos da APS. O repertório de discursos analisados proveio de estudos qualitativos que usaram o mesmo método e a mesma entrevistadora, por isso, foi possível a síntese em direção a novos achados⁶.

A coleta de dados por entrevistas semiestruturadas seguiu critérios de representatividade, variabilidade social e suficiência para atingir os objetivos e responder às perguntas de pesquisa. Nas entrevistas, usavam-se cenários hipotéticos com questões éticas, solicitando-se recomendações de como a equipe deveria agir nas situações. Neste artigo, analisou-se a vinheta com o caso de um usuário perturbador da rotina da unidade, um dos comportamentos que levam os profissionais da APS a caracterizarem o paciente como difícil.

A vinheta era:

O senhor C, hipertenso e diabético, frequentemente, faz demandas que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. O médico e a enfermeira da equipe na qual ele é cadastrado tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia sentem-se mais tentados a deixar de investir seus esforços. O que você recomendaria à equipe?

Baseando-se em estudos anteriores^{4,7-9}, percebeu-se que as situações com pacientes perturbadores da rotina dos serviços seria cenário propício para reconhecer como ocorre a deliberação nas situações de conflito dos valores cuidado e ordenamento. O referencial teórico-metodológico da bioética deliberativa compreende a ética a partir da linguagem moral dos fatos, valores e deveres. Abarca a deliberação, a hermenêutica, a responsabilidade e a prudência por meio do procedimento deliberativo. O referencial permite analisar o discurso e identificar os valores em conflitos e os cursos de ação para lidar com esta situação¹⁰.

A organização dos dados usou o MaxQDA 11. Para explicitar os valores em conflito e os cursos de ação para lidar com as situações eticamente problemáticas, a análise incluiu: leitura flutuante dos discursos para o sentido geral da informação e seu significado; detalhamento da análise inicial pela leitura exaustiva dos discursos para codificação e separação de segmentos em categorias empíricas; detalhamento da informação, com a distribuição dos cursos de ação segundo o procedimento do referencial teórico-metodológico da bioética deliberativa¹⁰.

Com isso, organizaram-se os dados para se deliberar sobre os seguintes valores e deveres: identificação do problema ético fundamental da situação descrita na vinheta e nas recomendações; reconhecimento dos cursos de ação propostos; disposição dos cursos para elucidação da tendência na solução dos conflitos; desvelamento de categorias empíricas 'transversais', nas fundamentações dos cursos de ação.

Na análise dos dados, foi possível estabelecer as relações entre os achados e indicar a tendência dos cursos de ação contidos nos discursos a partir da categoria 'prudência'. As categorias analíticas são as que retêm as relações sociais fundamentais e podem ser tomadas como balizas para o conhecimento do objeto de estudo nos seus aspectos gerais. Tomou-se a categoria analítica prudência (*phronêsis*) como característica da boa deliberação que leva ao agir refletido e permite a ação ponderada, discutida, examinada. Como a deliberação procede das concepções de Aristóteles, entendeu-se a prudência nesta vertente, como resgata Gracia^{10,12-15}.

A palavra prudência não é unívoca, podendo significar, inclusive, cautela e precaução. Mas, nos estudos de ética fundamentados na deliberação, entende-se prudência como sabedoria ordenada para buscar os bens humanos, por decisões que sejam o 'melhor' para um momento concreto. A decisão prudente requer abrir o leque de saídas possíveis, aclarando em que medida contribuem ou impedem a realização dos valores em conflito.

Isso orientou a análise dos cursos de ação dos discursos, considerando-se prudentes os que realizavam, ou lesavam minimamente os dois valores em conflito na situação norteadora das entrevistas. Visto que, na bioética deliberativa, o dever moral é realizar valores, estes tributos dos fatos que tornam o mundo apropriado para uma vida compatível com a dignidade dos seres humanos.

Os projetos de pesquisa foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

Deliberação

Deliberar é um modo aberto de pensar conjuntamente situações de incerteza para gerir, responsável e prudentemente, fatos, valores e deveres. A deliberação é procedimento concreto, objetivo, que avalia problemas éticos, incluindo as circunstâncias das situações e as consequências das possíveis saídas, para chegar à melhor alternativa para a condução do caso, pela ponderação e justa medida^{10,12-15}.

Na deliberação, constrói-se o juízo moral pelo encadeamento de fatos, valores e deveres, ponderando-se diferentes pontos de vista, a partir de experiências e conhecimentos para eleger cursos de ação em situações moralmente conflitivas, propiciando a condução da vida prática mais prudente, sábia e responsável^{10,12-15}. Ou seja, a deliberação visa encontrar saídas factíveis para concretizar os valores na vida prática, dadas as circunstâncias dos fatos e deveres.

No procedimento deliberativo, os juízos éticos constroem-se em três momentos: cognitivo (dos fatos, orientado lógica cognitiva); valoração, estimação ou preferências (dos valores), e volitivo (dos deveres). Este é o mais propriamente moral, pois inclui: o ato voluntário (autônomo), a disposição do querer para concretização dos valores, em projetos de vida justa e feliz¹³.

Fatos são dados de percepção, objetivos, contundentes, observáveis. Os valores ancoram-se nos fatos, pois, necessariamente, estima-se o observado. Assim, não há fatos puros, pois estes sempre se acompanham dos valores que, ao mesmo tempo, são intuídos individualmente e construídos socialmente, pois não dependem só de preferências pessoais, havendo valores que devem ser assumidos por todos para uma vida digna em sociedade, como liberdade, solidariedade e beleza.

Os valores dão o conteúdo dos deveres, que são o aspecto formal da obrigação moral. Nas situações específicas e reais da prática diária, como os valores, os deveres podem entrar em conflito; nesses momentos, não sabemos como devemos agir para realizar os valores, ou lesá-los minimamente, e é preciso lançar mão da deliberação para encontrar as saídas morais, os vários cursos de ação, ou seja, opções factíveis para a realização dos valores no caso descoberto como problema ético. Os cursos de ação extremos são opções que realizam somente um dos valores em conflito, e os intermédios são os que realizam ao máximo, ou lesam, minimamente, todos os valores em conflito como saídas prudentes. É entre estes que se encontra o curso ótimo para solução do conflito^{10,12-15}.

Resultados

Foram coletados os discursos de setenta sujeitos, sendo 34 enfermeiros e 36 médicos de serviços da Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família (ESF); Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS); Centros de Saúde Escola (CSE). Quanto à caracterização dos enfermeiros, apenas um era do sexo masculino e 33 do sexo feminino; a idade variou entre 22 a 53 anos, e o tempo de trabalho entre um e trinta anos. Em relação aos médicos, 14 eram do sexo masculino e 22 do sexo feminino; a idade variou entre 27 e 57 anos, e o tempo de trabalho variou entre 11 meses e 36 anos.

Cursos de ação

Os cursos de ação propostos pelos profissionais para lidar com os pacientes difíceis na APS agrupam-se da seguinte forma: ações educativas; envolvimento da rede social e familiar; uso da autoridade profissional para manter a ordem; humanização da gestão; humanização da clínica; acionamento da rede profissional e do serviço. As ações educativas incluíram como cursos de ação: adequar orientações para o paciente; checar o que o paciente entendeu das orientações; explicar vantagens da responsabilidade no tratamento; orientar o usuário sobre a gravidade da doença; orientar sobre a corresponsabilização pela saúde, com o que cabe aos profissionais e os usuários. Ao sugerir como curso de ação acionar a rede social e familiar, um dos enfermeiros assinala: “porque a gente sabe que é uma rede, que ela conta com uma rede muito maior, porque existem outras famílias, parentes, outras pessoas com quem ela pode contar e que ela possa resolver e fica aquela sensação de que talvez seja mais fácil desistir” (cse E35).

O ‘uso da autoridade profissional para manter a ordem’ traz cursos de ação que variam do uso apropriado ao exagerado. Como uso autoritário, exagerado do poderio profissional estão cursos como: dar bronca no usuário e punir; atender e encaminhar para outro serviço; não deixar tumultuar para não perturbar os outros usuários; falar não para o usuário, às vezes; vigiar o paciente; chamar a atenção do usuário, orientando que o tratamento também depende dele. O uso apropriado da autoridade profissional para manter a ordem da unidade e, por vezes, conseguir aliar

o atendimento norteia os seguintes cursos: explicar a rotina; esclarecer ao usuário que ele também tem deveres e que deve respeitar a equipe; atender, mas colocar limites, explicando a rotina da unidade; atender, mas negociar o horário para não perturbar a rotina; atender, mas explicar a rotina da unidade; as urgências serão sempre atendidas.

As punições incluem: negar novas receitas, quando o usuário as perde (psf M10); dar a vaga para um usuário que irá aderir ao tratamento (cse M35). As falas enérgicas podem ser feitas com cuidado para não serem ríspidas (psf M6) ou com trato desrespeitoso e xingamentos (psf M1; psf M10; psf E2). A humanização da saúde inclui a gestão e a clínica. Quanto à humanização da gestão, têm-se as seguintes ações: abrir brechas na rotina para facilitar o comparecimento do usuário; rever a ação profissional; lembrar da responsabilidade do gestor para com o profissional de saúde; estar atento ao *burnout* do profissional de saúde. Quanto a esse curso, um dos médicos assinala: “Dificilmente a gente fica desocupado aqui, para ir no banheiro é difícil, estou com a boca seca [...] a gente dificilmente consegue sair do consultório, a gente abre a porta já vem alguém, pede alguma coisa, faz demandas” (psf M10).

Um outro médico menciona a sobrecarga pelo número de usuários a serem atendidos: “Não é só um paciente, são vários pacientes, é hora de parar um pouco o trabalho, conversar e ver o que é que está acontecendo, por que é que está desistindo desse/daquele paciente” (psf M11).

Os profissionais apontam que o espírito de equipe e o trabalho conjunto também são importantes para lidar com o *burnout*: “A gente acaba até adoecendo, um estresse grande, a responsabilidade muito grande se a gente não tiver essa colaboração dos próprios colegas de trabalho, não é?!” (ubs M29).

Na humanização da clínica, os discursos apontaram as seguintes ações: o profissional investir no autoconhecimento; evitar rótulos para os usuários; ampliar a clínica; ter projeto terapêutico singular; investir no vínculo; estimular o autocuidado; estimular a confiança do usuário no tratamento; estimular a autoestima do usuário; realizar escuta ativa; empatizar com a condição de doente crônico do usuário; conduzir-se pelo paciente; ampliar a clínica na consulta de enfermagem; realizar acolhimento.

Quanto a evitar rótulos para os usuários, há a preocupação de que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na ESF possa levar essa alcunha para a Comunidade, desacreditando o serviço. Por isso, a enfermeira defende que é melhor não ter esse hábito, nem mesmo internamente, na equipe:

“[...] às vezes vem uns jargãozinhos [...] que são tentadores porque se espalham de uma forma que a gente tem que estar controlando, porque como tem ainda os agentes comunitários, se tem um rótulo para o paciente, de repente na comunidade esse rótulo se espalha, então quando se percebe isso dentro da equipe [...] é logo [...] tentamos abafar da melhor forma possível [...] porque tem que estar respeitando a necessidade de cada um”. (psf E3)

A ampliação da clínica inclui explorar melhor a vida do usuário: “conhecer também a vida desse senhor fora daqui do posto de saúde precisa saber porque ele está aqui todos os dias [...] quem é a família [...] se ele tem algum meio [...] o seu lado financeiro” (ubs E23).

Empatizar com a condição de doente crônico significa considerar o peso de ter de tomar medicação, mudar a forma de vida:

“porque é difícil a pessoa aceitar que é hipertenso e diabético [...] ele diz que essa doença veio para acabar com ele, mas [...] mesmo assim ele não faz nada para que melhore o seu estado”. (psf E8)

“eu sei que ninguém na vida está preparado para ficar o resto da vida sempre resolvendo problema”. (cse E33)

No agrupamento 'acionar a rede profissional e do serviço', os discursos apontam como cursos de ação: mudar de profissional para o atendimento; acionar profissionais de saúde da UBS; envolver outros setores da unidade; realizar visita domiciliar para conhecer a família; buscar novas alternativas de abordagem; encaminhar para grupos na unidade; usar linguagem única na conduta da equipe e da UBS; revezar os membros da equipe no atendimento; discutir o caso na equipe; envolver o ACS; envolver saúde mental; apoio mútuo na equipe. A estruturação da ESF favorece a visita domiciliária.

"descobrir com a família o que está faltando [...] o que está acontecendo, estar realizando visita domiciliar [...] para estar descobrindo como é essa dinâmica familiar e estar descobrindo a origem desse problema do cliente e estar tentando resolver". (psf E6)

"fazer o diagnóstico da casa; conhecer a casa, a família, ver quem são a família, como é essa família; se ela adere também a esse tratamento". (psf E12)

O revezamento dos profissionais no atendimento objetiva não sobrecarregar somente um membro da equipe e, também, favorece a coesão dessa:

"[...] para não estar sobrecarregando apenas um da equipe, e normalmente esse um é a enfermeira que recebe, então a gente consegue fazer este rodízio e então estar passando pelo médico e depois para enfermeira [...] se for necessário. A gente tem a participação conjunta de toda a equipe nesses momentos difíceis". (psf E3)

O apoio mútuo da equipe é visto como forma de dividir responsabilidades e lidar com o desgaste decorrente do atendimento ao paciente difícil da APS: "trabalho conjunto é um trabalho de equipe não deve ficar concentrado só na consulta médica até porque muitas outras coisas envolvidas nessas doenças são perfeitamente possíveis de serem discutidas e conversadas não necessariamente só com o médico, ou com a enfermeira" (cse E32).

Tendência dos cursos de ação dos profissionais

Para a análise da tendência dos cursos de ação com base na deliberação, usou-se, como problema ético fundamental, o seguinte questionamento: 'Como atender um paciente difícil, sem comprometer a ordem e a rotina da UBS?'. Os valores em conflito são os que embasam os componentes técnico e ético da enfermagem: ordenamento e cuidado.

Os cursos extremos são: manter a ordem, fazendo o usuário se adaptar à rotina da unidade (ordenamento) e atender o usuário toda vez que trazer demandas à unidade (cuidado). Dentro desse leque (Figura 1), distribuíram-se os cursos de ação encontrados, com base na representatividade de cada categoria nas alternativas encontradas nos discursos.

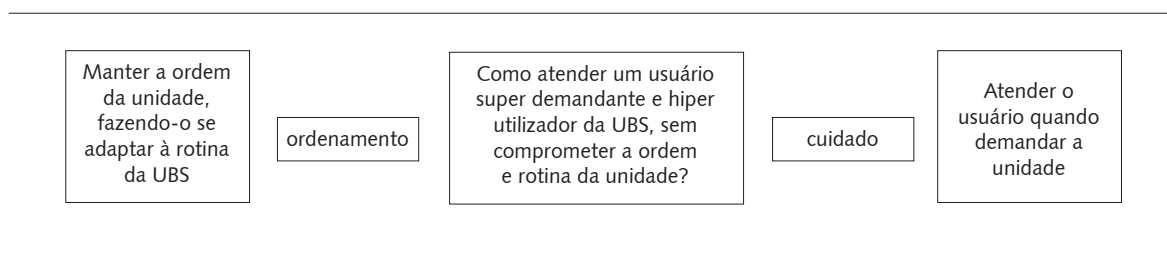


Figura 1. Problema ético, valores em conflito e cursos extremos de ação

Mais próximas do curso extremo que preserva o ordenamento estão ações como: dar bronca e punir o usuário; explicar a rotina; esclarecer que o usuário tem deveres e deve respeitar a equipe; chamar a atenção do usuário, falando que o tratamento depende dele; não deixar tumultuar para não perturbar os outros usuários; às vezes, é preciso falar não para o usuário. Nesse polo, predominam os discursos médicos. No curso extremo do cuidado, estão os que querem garantir atendimento ao usuário quando ele procurar a unidade: *a t e n d e r s e m p r e* as urgências; acionar profissionais de saúde da UBS; revezar os membros da equipe no atendimento. Nessa extremidade, predominam os discursos dos enfermeiros.

No intervalo entre os cursos extremos, estão os que dão conta de realizar os dois valores. Esses são os cursos intermédios, que podem ser ótimos para lidar com a situação: atender e encaminhar para outro serviço; atender, mas colocar limites, explicando a rotina da unidade; atender, mas negociar o horário para não perturbar a rotina; atender, mas explicar a rotina da unidade; abrir brechas na rotina para facilitar o comparecimento do usuário. Nesse intervalo, sobressaem-se os discursos dos enfermeiros. O curso 'atender e encaminhar para outro serviço' aproxima-se mais do extremo de manter a ordem, pois prevê afastar o usuário. Há um discurso de médico e outro de enfermeiro:

"não segue regras, não segue [...] né, encaminha pra um serviço especializado". (psf M6)

"aqui é uma UBS, você precisa de agendamento médico normalmente [...] então o senhor vai no HC pelo pronto socorro, vê se alguém atende lá". (ubs E28)

Dentre os cursos intermédios, há, também, os que contribuem para conseguir realizar os valores de ordenamento e cuidado porque: ampliam a clínica, impulsionam a empatia, o diálogo com o usuário, estimulam o trabalho em equipe, trabalham na autoestima e autocuidado do usuário. Destaca-se a discussão do caso em equipe:

"Tem que estar trabalhando para não acontecer isso, não chegar a esse momento tem que estar trabalhando com a equipe os limites de cada um [...] nós não temos esse momento de fala, de estar extravasando todos os seus pontos negativos e vendo pontos positivos. Esse momento deve existir sempre para evitar esses momentos de stress". (psf E3)

"tem que sentar: o médico, a enfermeira, o auxiliar e ver uma melhor forma de estudar o caso deste paciente, para ver a melhor forma possível, tanto para equipe quanto para o paciente". (psf E7)

A ampliação da clínica, também na consulta de enfermagem, e a escuta ativa apareceram como vias para a autoestima e o autocuidado, a partir da compreensão da real situação do usuário:

"Será que é uma pessoa solitária? Será que é uma pessoa abandonada será que está com problemas, então tudo isso tem que ser visto, não só a abordagem do ponto de vista dos problemas físicos: como é que está a situação social, situação familiar". (psf M4)

"É a autoestima que ele não tem mais, é por que ele está desempregado, ele está aposentado, sempre tem um por que". (psf E11)

"olhar a forma como esse paciente está sendo abordado [...] faz-se o melhor possível, será que esse 'melhor possível' é aquilo que os profissionais técnicos, no caso, médico e enfermeira acham que é o melhor possível pra esse paciente? A abordagem do paciente está errada, então precisa ser revista". (psf M4)

Destaca-se a importância atribuída ao ACS para lidar com esse caso:

“é muito mais responsabilidade do agente perante o paciente [...] o agente comunitário não desista [...] de cobrar da equipe, seja do médico, da enfermeira, do auxiliar [...] porque se ele desiste a equipe vai deixar delado, porque o médico e a enfermeira quando é que vai lembrar de novo desse caso? [...] só vai lembrar quando ele vier de novo aqui na unidade, pedir pra ser atendido e perturbe a rotina”. (psf E14)

Discussões

Os cursos de ação propostos por médicos e enfermeiros para lidar com os pacientes difíceis aproximam-se do identificado em outros estudos^{1,4,7}. Algumas pesquisas sobre a questão dos pacientes difíceis exploraram o ponto de vista profissional; colocaram a responsabilidade da situação no comportamento do paciente, culpabilizando-o pelo mal-estar, tentaram desvelar por que esses pacientes causam aflição para os profissionais. Há vários motivos para esses comportamentos, sejam ligados aos profissionais ou aos pacientes: carga de trabalho; satisfação profissional; atitudes psicossociais; contratransferência; doenças associadas, situação social, contexto familiar.

Pesquisa com médicos de família nos EUA indicou: estratégias colaborativas (vs. oposição), uso apropriado de poder (vs uso indevido do poder ou violação dos limites de cada parte) e empatia (vs. fadiga da compaixão), como formas de lidar com esses casos, aproximando-se dos resultados apresentados neste artigo.

Nas estratégias colaborativas, o estudo norte-americano apontou: priorizar as preocupações do paciente; envolver o paciente na tomada de decisão, com esclarecimentos por meio de informações honestas, consistentes, objetivas e justas; o trabalho em equipe, com referências para outros profissionais; autocuidado acompanhado, com o estabelecimento de metas possíveis de serem alcançadas. O uso apropriado do poder visava a adequação do paciente às normas institucionais.

Foram sugeridos: aprazamentos mais frequentes; atendimentos com mais tempo de duração; boa documentação do caso no prontuário; estabelecimento de limites, fazendo claras as regras, restringindo o número de queixas e determinando um tempo de duração máximo para cada consulta. A empatia apareceu como estratégia para: a compreensão dos aspectos psicológicos e das emoções dos pacientes; ser compassivo e firme, centrar-se no paciente e reforçar os pontos positivos.

O uso de poder profissional no atendimento dos usuários na APS merece especial atenção porque esses estão em seu território e ambiente. Tanto os profissionais como os usuários exercem o poder em diferentes níveis, embora com predomínio dos primeiros, especialmente, os médicos. Os usuários exercem seu poder por meio da informação que escolhem compartilhar com a equipe ou seus membros, e com as decisões de aderirem a planos de tratamento. Os profissionais de saúde podem exercer seu poder ao decidirem o que oferecem aos usuários, ao controlarem o fluxo da conversa com perguntas. Por isso, os pacientes difíceis podem ser vistos como afronta, levando ao uso indevido do poder profissional. Esse uso do poder profissional apareceu nos resultados do presente estudo com aspectos de punição. O autoconhecimento dos profissionais foi um dos cursos apontados. Há questões que os profissionais poderiam se fazer quando estão frente a um paciente difícil: Por que considero esse paciente difícil? Que vieses ou preconceitos posso ter? Qual é a minha agenda para esse paciente hoje?.

Os resultados indicaram a necessidade de investir no vínculo como forma de lidar com as situações de pacientes difíceis, a fim de melhorar a relação dos profissionais com o usuário. Nesse sentido, há alguns princípios norteadores das relações que podem ajudar: o alvo da mudança deve ser a relação profissional-usuário, e não de um desses isoladamente; a experiência emocional

do usuário merece um foco explícito na interação clínica; a perspectiva do paciente é que deve nortear o encontro clínico. Em outras palavras, deve-se tirar o foco da doença para direcioná-lo ao paciente, como pessoa, com uma biografia, numa interação colaborativa.

Estudo dinamarquês aponta que o comportamento e reações emocionais dos enfermeiros ante os pacientes difíceis incluem estratégias de “persuasão”, “compromisso” e “afastamento”. Essas podem ser usadas pelo mesmo profissional, a depender da situação e do momento. A estratégia de persuasão inclui desde conselhos até ameaças. O distanciamento ou afastamento é a frieza emocional. O compromisso consiste em não abandonar, mesmo sabendo que o paciente não irá aderir às recomendações.

Em pesquisa desenvolvida em um Centro de Saúde Familiar do Chile, com pacientes difíceis que eram policonsultantes, concluiu-se que essa situação pode ser tomada como um fenômeno que expõe a fragilidade do enfoque biomédico.

Quanto à tendência dos cursos de ação de médicos e enfermeiros, os resultados apontam diferenças. Os cursos de ação dos enfermeiros tendem mais à conciliação dos dois valores, e, quando isso não fica claro, os discursos trazem caminhos que preparam para a realização de ambos os valores. A ordem lexical entre os valores de cuidado e ordenamento aparece nos resultados, pois os enfermeiros, nos cursos extremos, tendem mais ao cuidado. Os médicos se aproximam mais do polo de manutenção da ordem e da rotina da unidade.

Considerações finais

O atendimento a pacientes difíceis é algo frequente na APS, podendo gerar: sobreutilização dos serviços, insatisfação com os atendimentos e desgaste para os profissionais. Estes, ao se sentirem incapazes de suprir as necessidades e demandas desses pacientes e perceberem a insatisfação que têm com a assistência prestada, podem encaminhá-los para especialidades, exames, nem sempre tão necessários.

Na presente pesquisa, a tendência de enfermeiros e médicos foi optar por cursos de ação que possibilitam atender bem os pacientes difíceis, abordando a situação de maneira compreensiva e ampla, sem perturbar a rotina da unidade, a dinâmica da equipe de saúde e o atendimento aos outros usuários. Os cursos de ação que se destacaram incluíam: discussão dos casos nas equipes, estabelecimento de novas abordagens e estratégias de atendimento mais acolhedoras, acionando os diversos recursos da unidade e do território.

Os profissionais usam indevidamente o poder quando se sentem desafiados por usuários que questionam, não seguem indicações, não respeitam normas. Isso apontou, muitas vezes, limitações na prática profissional devido à falta de domínio de meios e instrumentos para alcançar as soluções almejadas, especialmente habilidades psicossociais para compreender e lidar com relações difíceis, e comunicacionais, para dialogar sobre a vivência destas situações.

São necessárias ações transitivas para incorporar o preparo das habilidades relacionais na formação inicial e contínua dos profissionais para relações mais assertivas, rompendo-se o histórico comportamento paternalista e autoritário que não vê o usuário como um adulto em uma relação que precisa tender à horizontalidade, com acolhimento e visão de integralidade. Há solo fértil para estas ações, pois os enfermeiros e médicos reconhecem a importância do vínculo, da ampliação da clínica, da empatia.

É preciso, também, fortalecer os profissionais que enfrentam relações difíceis com os usuários na APS, por meio de momentos para compartilhar experiências, analisar casos e vislumbrar formas assertivas para lidarem com tais situações.

A situação estudada é frequente na APS, mas ainda há poucas publicações, especialmente no Brasil, sobre a temática e o significado para a prática profissional do lidar com pacientes difíceis.

Colaboradores

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli coordenou os projetos de pesquisa, fez a coleta, análise dos dados e elaborou a proposta inicial do artigo. Deisy Vital dos Santos e Mariana Cabral Schweitzer elaboraram a versão final do artigo, participando, igualmente, da discussão dos resultados das pesquisas, da redação e revisão do texto.

Referências

1. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med*. 2006; 19(6):533-41.
2. Fiester A. The "difficult" patient reconceived: an expanded moral mandate for clinical ethics. *Am J Bioeth*. 2012; 12(5):2-7.
3. Edgoose J. Rethinking the difficult patient encounter. *Fam Pract Manag*. 2012; 19(4):17-20.
4. Mas-Garriga X, Navarro-Gilola M, Vazquez-Morochoa J, Delso-Garafota C, Mahfouz-Castejo T, Almeda-Ortega J. Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable?. *Aten Primaria*. 2009; 41(1):9-17.
5. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev Latino-am Enferm*. 2013; 21(3):695-703.
6. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer; 2007.
7. Mas-Garriga X, Solé-Dlafó M, Licerán-Sanandrés M, Riera-Cervera D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria*. 2006; 38(4):192-9.
8. Gerrard TJ, Ridell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *Br Med J*. 1988; 297(6647):530-2.
9. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
10. Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de na prática clínica da atenção básica [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
12. Gracia D. Deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica. Madrid: Universidad Complutense; 2009. [material didáctico del curso].
13. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Med Health Care Philos*. 2001; 4(2):223-32.
14. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2010.
15. Gracia D. Valor y precio. Madrid: Editorial Triacastela; 2013.
16. Hiriart GM, Gatica XS. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? *Acta Bioeth*. 2014; 20(2):215-23.

Zoboli ELCP, Santos DV, Schweitzer MC. Pacientes difíciles en Atención Primaria de la Salud: entre la atención y el ordenamiento. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):893-903.

El objetivo de esta investigación fue el de entender la deliberación ética de las enfermeras y los médicos ante los pacientes difíciles en la Atención Primaria de Salud (APS). Para ello, se utilizó un enfoque comprensivo, anclado en el marco teórico metodológico de la bioética deliberativa. Se realizaron entrevistas semi estructuradas usando la prudencia como categoría de análisis. En el período que va de 2002 a 2010 fueron entrevistados setenta profesionales de la APS en São Paulo. Los resultados muestran que los cursos de acción intermediarios son más propensos a conciliar los dos valores: cuidado y ordenamiento. Cuando los cursos de acción son extremos, las enfermeras tienden para el valor cuidado y los médicos tienden al ordenamiento. Los pacientes difíciles son comunes en la APS y los profesionales tienden a tener cursos de acción para atenderlos, sin perturbar la rutina del servicio de los otros profesionales y de los usuarios.

Palabras clave: Práctica profesional. Relaciones enfermero-paciente. Relaciones médico-paciente. Atención Primaria de la Salud.

Submetido em 04/07/15. Aprovado em 31/01/16.

