

A CONSULTA NA ATENÇÃO BÁSICA: POTENCIALIDADES DO MODELO DE CALGARY-CAMBRIDGE

THE ATTENTION BASIC CARE: THE POTENCIAL OF CALGARY-CAMBRIDGE MODEL

GABRIELLA DE FREITAS CARDOSO¹, SHEILA LETÍCIA DE OLIVEIRA BRAGA¹, DANIEL RIANI GOTARDELO^{2*}

1. Acadêmica do curso de Medicina do IMES, Pós-graduada em Gestão e Serviços de Saúde, Graduada em Enfermagem; 1. Acadêmica do curso de Medicina do IMES; 2. Mestre em Farmacologia Clínica, Especialista em Medicina da Família e Comunidade (AMB/CFM) e Professor do curso de Medicina do IMES

* Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35 164-251. danielriani@famevaco.br

Recebido em 21/02/2017. Aceito para publicação em 20/04/2017

RESUMO

Falhas na comunicação entre o médico e o paciente são comuns e frequentemente incriminadas no insucesso terapêutico e na deterioração da relação entre eles. O objetivo desse artigo é demonstrar como é possível realizar um atendimento qualificado ao paciente utilizando os passos descritos no modelo de consulta Calgary-Cambridge. Este modelo impulsiona uma abordagem capaz de delinear uma interlocução efetiva, otimizando a efetividade da consulta na Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Consulta, Calgary-Cambridge, entrevista, exame clínico.

ABSTRACT

Miscommunication between doctors and patients are common and often incriminated in treatment failure and on the deterioration of the relationship between them. The purpose of this article is demonstrate how you can easily and carefully attend the patient using the information described in the Calgary-Cambridge consultation model. This model boosts an approach capable to outline an effective dialogue, optimizing the effectiveness on the Primary Care consultation.

KEYWORDS Consultation, Calgary-Cambridge, interview, clinical examination.

1. INTRODUÇÃO

A consulta médica é composta por anamnese em conjunto com exame físico, ambos com igual importância. Para a construção de uma hipótese diagnóstica segura é imprescindível uma boa entrevista clínica. Já é de conhecimento que a abordagem do paciente, desde o início da consulta, deve ser realizada de acordo com o local do atendimento. Portanto, sabe-se que há um processo de entrevista para os serviços de urgência, outro para a consulta de rotina e tem-se ainda aquele utilizado na atenção primária, onde nem sempre existe uma queixa principal. Nesse contexto, normalmente são consultas que abrangem o ser humano e o ambiente no qual estão inseridos, tentando

identificar possíveis problemas para promover a prevenção de possíveis doenças^{1,2}.

A dinâmica da consulta médica traz consigo diversas questões que precisam ser solucionadas. Por exemplo, parte das queixas dos pacientes não é identificada, tornando a consulta disfuncional. Metade dos pacientes não concorda com o médico quanto à natureza do seu problema principal. Além disso, o fato do paciente ser interrompido nos primeiros 18 segundos de sua narrativa pode representar um obstáculo a uma comunicação efetiva e a uma relação médico-paciente adequada³.

Portanto, para haver uma boa comunicação entre o médico e o paciente é preciso a compreensão de ambos, tanto o médico compreender as queixas e necessidades do paciente, quanto o mesmo assimilar as perguntas e instruções do profissional de saúde. O modelo de consulta Calgary-Cambridge sugerido por Kurtz et al.¹⁰ tem como finalidade, maximizar a efetividade da consulta realizada pelo profissional que atua na medicina de família e comunidade^{4,10}.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo constitui-se se uma revisão de literatura, onde foi realizada uma pesquisa sobre o assunto nos bancos de dados eletrônicos Lilacs, Scielo, PubMed e Google acadêmico. Utilizaram-se os seguintes descritores, em Português, “Calgary-Cambridge”, “Entrevista,” “Exame Clínico” e “Consulta”.

3. DESENVOLVIMENTO

A Consulta Clínica No Modelo Calgary-Cambridge

O guia Calgary-Cambridge apresenta como eixo principal o respeito. A estrutura desse modelo se dá em 5 etapas que permitem a construção de um vínculo com o paciente. Porém, é imprescindível que, antes de iniciar o atendimento, o profissional se prepare adequadamente, atendendo às suas necessidades

peçoais, desligando-se da última consulta e concentrando o foco da atenção na próxima consulta que vai ocorrer, mesmo antes de chamar o próximo atendimento^{9,10}. A seguir detalham-se os procedimentos adequados e formalizados pelo modelo.

Abertura da consulta

Em primeiro lugar é necessário estabelecer um vínculo inicial, então deve-se cumprimentar o paciente, apresentar-se e obter o nome do cliente sempre demonstrando interesse e respeito. Posteriormente verificar as razões da consulta por meio de uma pergunta de abertura (“Como vai você?”, “O que posso fazer por você?”, “Em que posso lhe ajudar?”, “Como estão as coisas?”). Escutar o paciente por aproximadamente dois minutos sem interrupções e realizar uma varredura, se esforçando para abordar todas as suas queixas e preocupações. Nesse momento é necessário checar repetidamente, com perguntas abertas, a existência de outras preocupações ou questões a serem discutidas. Por fim, confirmar com o mesmo os tópicos das queixas principais, considerando suas necessidades antes de começar a exploração ativa de cada uma delas^{6,7,10}.

Para essa fase da consulta são requeridas, por parte do profissional, habilidades como postura corporal adequada, contato visual, utilização de encorajadores mínimos como pequenas intervenções capazes de demonstrar ao paciente seu interesse pelo assunto em questão, emprego de facilitadores verbais, não verbais e realização de perguntas abertas^{8,10}.

Exploração dos problemas

A finalidade desse tópico da consulta é revelar os problemas do paciente, tanto na perspectiva biomédica quanto na do paciente, assegurando que o mesmo se sinta ouvido e tenha suas visões valorizadas. Essa etapa representa mais uma oportunidade para desenvolver um bom relacionamento e, principalmente, estruturar a entrevista para garantir eficiência na coleta da informação, permitindo ao paciente compreender os rumos da consulta^{9,10}.

Nesse momento é preciso ter uma escuta atenta, equilibrar o uso de perguntas fechadas e abertas, parafrasear os dizeres que o paciente diz, resumindo suas queixas e realizar sinalização quando for iniciar o exame físico. Ao final dessa etapa, recomenda-se o esclarecimento de declarações que estão obscuras ou que precisam de algum detalhamento. Periodicamente é aconselhável que o profissional resuma seu entendimento para verificar o que foi dito, solicitando ao paciente a correção da sua interpretação, caso necessário^{9,10,11}.

Deve-se empregar uma linguagem clara, concisa, facilmente inteligível, evitando jargões. Evita-se julgar as declarações, os sentimentos e as dificuldades do paciente. O uso de habilidades empáticas deve ser considerado para demonstrar reconhecimento e entendimento, proporcionando suporte ao mesmo e demonstrando disposição para ajudar. Também é

adequado demonstrar sensibilidade para abordar assuntos perturbadores e delicados. É de suma importância envolver o paciente na discussão, compartilhando pensamentos com o mesmo para encorajar o envolvimento mútuo^{10,12}.

Exame físico

Nessa fase da consulta é preciso dizer e sinalizar ao paciente que o examinará. Devemos priorizar o exame no sentido crânio caudal, realizando os principais métodos de cada sistema e valorizar o sistema associado à queixa, com a intenção de utilizar o exame físico para auxiliar no raciocínio clínico^{9,10,12}.

Explicação e planejamento

Levando em consideração que a maior parte dos pacientes não possui informações fundamentais sobre sua condição, a explicação e o planejamento são de grande relevância prática. Nessa etapa a finalidade principal é oferecer o tipo e a quantidade de informação adequada para cada paciente e envolver o mesmo no nível em que desejar. Ao dar explicações, é preciso analisar suas necessidades individuais de informação, utilizando abordagem interativa para garantir uma compreensão compartilhada, evitar dar conselhos e tranquilizar o cliente de forma prematura^{10,12,13}.

Para tal são necessárias várias habilidades como fornecer dados de fácil entendimento, organizar a explanação, categorizar de forma explícita a informação, repetir se for o caso, solicitar ao paciente a repetição com suas próprias palavras do que foi entendido, uma vez que esse artifício aumenta a capacidade de recordação da informação. A utilização do recurso da sumarização e da captação atenta de pistas verbais e não verbais retomam posição de destaque nesse momento. Podem ser empregadas ferramentas visuais para ilustrar o que está sendo falado, por meio de desenhos, panfletos e diagramas^{10,12,14}.

Quanto ao planejamento, é imprescindível decidir de forma compartilhada e apontar as ações futuras, com isso o paciente irá entender com mais clareza as decisões tomadas pelo profissional médico, aumentando seu comprometimento com a intervenção proposta. Portanto, é uma fase da consulta em que se envolve o cliente, oferecendo possibilidades de escolhas ao invés de conceitos prontos, estimulando-o a colaborar com sua opinião. Ao final desse momento, deve-se esclarecer sobre a possibilidade da ocorrência de possíveis desfechos inesperados e quais atitudes devem ser tomadas caso os planos não saiam como esperados, reforçando quando e onde procurar ajuda^{10,12,16}.

Fechamento da consulta

Ao finalizar a consulta é importante estabelecer um contrato com o paciente, confirmar o plano de cuidados, esclarecer os próximos passos, estabelecer um plano de reserva e maximizar a aderência. Para a

consecução desses objetivos são empregadas a sumarização final e a checagem terminal da compreensão do paciente^{10,16}.

4. CONCLUSÃO

É de conhecimento que um dos grandes potenciais da Estratégia de Saúde da Família, enquanto eixo estruturante da atenção primária, consiste em oferecer recursos aos indivíduos e famílias de uma comunidade para que consigam lidar com situações críticas, de modo que possam minimizar o sofrimento. Com a análise integral dos membros do seio familiar, é possível propor ações de ajuda para a melhoria das condições de vida^{2,5}.

Para facilitar a comunicação na área da saúde foi proposto o modelo Calgary-Cambridge, com o intuito de delinear uma interlocução efetiva entre o profissional e o paciente. Dessa forma, os profissionais que atuam na Atenção Básica, principalmente aqueles da área de Medicina de Família e Comunidade, passam a dispor de uma ferramenta valiosa para exercer seu papel perante a comunidade, que é o de possibilitar melhor qualidade de vida à população^{10,15}.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Alves ANO, Moreira SNT, Azevedo GD, Rocha VM, Vilar MJ.. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33(4):555-561.
- [2] Balduino PM, Palis FP, Paranaíba VF, Almeida HO, Trindade EMV. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o Olhar do estudante. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2012; 36(3):335-342.
- [3] Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam SSA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2010; 34(4):598-606.
- [4] Baptista AS. empatia na intersubjetividade da relação clínica. *Rev Port Med Geral Fam.* 2012; 28(3):224-226.
- [5] Caldeira ES, Leite MTS, Rodrigues-Neto JF. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2011; 35(4):477-485.
- [6] Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2010; 34(2):261-269.
- [7] Dohms M, Tesser CD, Grosseman, S. Potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2013; 37(3):311-319.
- [8] Furlanetto LM. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26(2):139-140.
- [9] Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008; 32(3):301-308.
- [10] Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Academic Medicine.* 2003; 78(8):802-809.
- [11] Moore P, Gomez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev. Méd. Chile.* 2010; 138(8):1047-1054.
- [12] Nogueira MI, Guedes CR. Da graduação biomédica à Medicina de Família: aprendendo a se tornar um "médico da pessoa". *Physis.* 2013; 23(2): 439-460.
- [13] Michelena NR, Horta FB. La dimensión comunicativa em la práctica médica "El valor de la entrevista". *Rev. Cub. Educ. Med. Super.* 2001; 15(2):301-311.
- [14] Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2010; 34(3): 363-370.
- [15] Soares MOM, Higa EFR, Passos AHR, Ikuno MRM, Bonifácio LA, Mestieri CP et al. Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2014; 38(3):314-322.
- [16] Yamaki VN, Teixeira RKC, Oliveira JPS, Yasojima EY, Silva JAC. Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. *Rev. Bioética.* 2014; 22(1):176-181.