

Aconselhamento em promoção de saúde

Daniel Goulart Khouri
 Cibelle Dias Santos
 Roberto Gaspar Tunala
 Alfredo Almeida Pina de Oliveira
 Ana Claudia Camargo Gonçalves da Silva
 Mario Ferreira Junior

Aconselhamento, entendido como o uso de técnicas apropriadas que estimulem a adesão à prática preventiva e de promoção da saúde, é parte integrante e fundamental de qualquer consulta médica. Segundo a Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC),¹ o aconselhamento na prática clínica tem as seguintes características: age na educação, prevenção e suporte para resolução de problemas; integra o processo de mudança e desenvolvimento de comportamentos; e é de curta duração (Tabela 5.1). A verificação de resultados anormais em testes de rastreamento nem sempre acarreta as mudanças necessárias de hábitos e comportamentos. A equipe de saúde, deve estar capacitada a aconselhar seus pacientes em relação aos principais fatores de risco para sua saúde e a ajudá-los em relação à melhor maneira de atenuá-los ou eliminá-los.

Uma vez que em outros capítulos desse livro são dados exemplos concretos de aconselhamentos clínicos, neste serão valorizadas, prioritariamente, as bases teóricas do assunto.

CONCEITO

O aconselhamento pode ser definido como um processo de "(...) escuta ativa, individualizado e centrado no paciente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha possibilidade de se reconhecer como sujeito de sua própria saúde e transformação".²

As intervenções que buscam auxiliar a mudança de comportamentos para escolhas mais

Tabela 5.1 – Comparação entre as características do aconselhamento e da psicoterapia

ACONSELHAMENTO	PSICOTERAPIA
Auxiliar pessoas nas escolhas diárias mais efetivas	Resolver problemas disfuncionais mais graves
Curta duração	Longa duração
Conhecimento interdisciplinar	Saber específico da psicologia

saudáveis partem geralmente de três abordagens: a) intervenções na comunidade; b) intervenções em clínicas ou serviços específicos e c) abordagens repetidas por diferentes aconselhadores em diferentes oportunidades. A seguir, são enfatizados conteúdos que podem ser usados em diferentes especialidades médicas e em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde (primário, secundário e terciário).

MODELO TRANSTEÓRICO – MTT

O modelo transteórico – MTT^{3,4,5,6} é um método integrado de mudança comportamental, pois os elementos-chave de outras teorias foram incorporados, descrevendo como as pessoas modificam um comportamento-problema ou adquirem um comportamento positivo em relação à sua motivação e prontidão para mudar.

O MTT é um modelo de mudança intencional fundamentado no processo de decisão do indivíduo que envolve emoções, cognição, comportamentos e autoavaliação, e tem sido aplicado em ampla variedade de situações clínicas, como: interrupção do tabagismo, atividades físicas, educação alimentar, abuso de álcool, controle de peso corpóreo, uso de preservativo para prevenir a contaminação pelo HIV, uso de protetores solares, abuso de drogas, adesão a medicamentos, e enfrentamento do estresse. As fases de mudança comportamental são a base desse modelo, que também inclui o balanço decisório (ponderação entre “prós e contras” à mudança comportamental) e a autoeficácia (percepção que cada indivíduo tem de sua capacidade de mudar um hábito ou comportamento). Escalas de tentação e processos de mudança também aparecem na literatura médica referente ao MTT.

Estágios de mudança

Ao contrário da ideia de que as mudanças de comportamento ocorrem de forma pontual e isolada, elas são fenômenos que ocorrem como um

processo dinâmico. O MTT postula a mudança como um processo envolvendo cinco fases:

Pré-contemplação

PALAVRA-CHAVE: RESISTÊNCIA

É o estágio em que o indivíduo não tem intenção de mudar em um futuro próximo, habitualmente nos próximos seis meses.

Os indivíduos se encontram nesse estágio, na maior parte das vezes, porque não têm informação adequada sobre as consequências dos seus comportamentos ou realizaram tentativas de mudanças frustradas no passado, sentindo-se desmoralizados no que se refere à capacidade de mudar. Pessoas em fase de pré-contemplação, frequentemente, não são contempladas pelos programas tradicionais de promoção da saúde. Nessa fase, a intervenção mais efetiva é a informação de boa qualidade sobre os riscos do hábito não saudável e as vantagens do seu contraponto saudável. O médico residente deve identificar o comportamento disfuncional, valorizar a experiência do indivíduo, resgatando sua autoeficácia, e mostrar-se disponível para planos de mudança no futuro.

Contemplação

PALAVRA-CHAVE: AMBIVALÊNCIA

Estágio em que os indivíduos apresentam intenção de mudar nos próximos seis meses.

Esses indivíduos estão mais atentos aos benefícios da mudança de comportamento, porém é frequente a hesitação entre

ula a mudança
ico fases:

TÊNACIA

uo não tem
o próximo,
s meses.

nesse está-
dorque não
e as conse-
tos ou rea-
s frustradas
ilizados no
mudar. Pes-
o, frequen-
pelos pro-
o da saúde.
efetiva é a
obre os ris-
vantagens
médico re-
ortamento
riência do
eficácia, e
os de mu-

ÊNACIA

tpresentam
seis meses.
tentos aos
portamen-
ação entre

os benefícios e malefícios da mudança, o que pode mantê-los indecisos por longos períodos de tempo (procrastinação ou contemplação prolongada). Devem ser enfatizados os ganhos obtidos com a mudança e reforçado o fato de que é possível mudar, apesar das dificuldades ou fracassos anteriores, aumentando a autoestima e a autoeficácia, encorajando novas ponderações sobre o problema. O papel do médico residente é o de estar disponível para planos de mudança em pequenos intervalos de tempo.

Preparação

PALAVRA-CHAVE: DETERMINAÇÃO

O indivíduo está pronto para efetuar a mudança comportamental em um futuro próximo, habitualmente nos próximos 30 dias.

Nesse caso, as pessoas já tomaram algum tipo de iniciativa de mudança no último ano e têm um plano de ação como: matricular-se em uma academia, consultar um profissional para iniciar atividade física, comprar livros relacionados ao assunto, ou o desenvolvimento de um método próprio de mudança. Ao médico residente cabe suprir as necessidades práticas do paciente, ajudando-o, por exemplo, a superar barreiras que apareçam, fazendo sugestões objetivas de comportamentos facilitadores, propondo atividades que desviem a atenção do hábito que pretende mudar para outro mais saudável e encorajar o paciente a utilizar sua rede de suporte social.

Ação

PALAVRA-CHAVE: CONCRETIZAÇÃO

É o estágio em que o indivíduo realizou uma mudança específica em seu comportamento nos últimos seis meses.

Deve-se dar atenção ao fato de que a ação é apenas uma das cinco fases do modelo e não todo o processo de mudança, que necessariamente passa pelos outros momentos citados. Alguns exemplos de situações em que os pacientes estão em ação são: no tabagismo a ação considerada efetiva é a interrupção e não a redução do número de cigarros; para a intervenção dietética, um dos conceitos de ação é a redução do total calórico originário de gorduras para menos de 30%. É nessa fase que se marca uma data para abandonar o cigarro, inicia-se um programa de caminhadas, ou orienta-se como uma alimentação pode ser mais saudável com substituição de alguns alimentos ou diferentes modos de cozinhá-los. O médico residente deve cumprimentar o paciente pelos progressos alcançados, além de antecipar possíveis efeitos indesejáveis da mudança. Além disso, deve identificar e valorizar as situações em que o indivíduo se sente bem.

Manutenção

PALAVRA-CHAVE: PERMANÊNCIA

Nessa fase os indivíduos trabalham para prevenir recaídas.

Os indivíduos, nessa fase, sentem-se mais confiantes de que podem perpetuar

sua mudança e sofrem menos tentações. Entretanto, a vigilância contra recaídas é fundamental. Por essa razão, são necessárias ações de cautela como, por exemplo, evitar ambientes nos quais a reexposição ao cigarro é inevitável, adaptar a prática de atividade física a situações, climas ou rotinas desfavoráveis, estar preparado para o uso de preservativo, principalmente no caso de relações sexuais eventuais.

A regressão (que não é necessariamente uma fase do processo de mudança comportamental) ocorre quando o indivíduo migra para uma fase anterior do ciclo de mudança. Entretanto, recaídas acontecem com grande frequência

depois que se atinge a fase de ação para a maioria das mudanças comportamentais. Por outro lado, sabe-se que para a interrupção do tabagismo e a prática de atividade física, apenas 15% dos pacientes retornam para a fase de pré-contemplação, sendo que a grande maioria retorna para as fases de contemplação e preparação.

Na prática clínica, a recaída deve ser analisada e servirá de aprendizado para que sejam evitados novos erros, no caso de uma nova tentativa de mudança. Por exemplo, em geral, os fumantes abandonam definitivamente o cigarro após 3 a 5 tentativas, pois vão aprendendo novas estratégias com os fracassos anteriores. O mesmo é observado em alguns casos de perda de peso.

Na Tabela 5.2, são ilustradas quais ações são mais recomendadas no aconselhamento, conforme o estágio de prontidão, segundo o MTT.

Tabela 5.2 – Ações e estratégias de aconselhamento recomendadas para cada fase comportamental durante o processo de mudança

AÇÕES E ESTRATÉGIAS	FASES DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA COMPORTAMENTAL				
	PC	C	P	A	M
ALÍVIO DRAMÁTICO: Estimular o paciente a expressar sentimentos sobre si e seus comportamentos. Podem ser usadas técnicas de dramatização, como psicodrama, repetição ou imaginação de cenas, recordatórios etc.	X	X			
CONSCIENTIZAÇÃO: Informação que eleve o nível de conhecimento do indivíduo sobre si mesmo, seus hábitos e comportamentos. É mais importante valorizar os pontos positivos do comportamento saudável que se deseja.	X	X			
REAVALIAÇÃO SOCIOAMBIENTAL: Combina aspectos cognitivos e afetivos para reavaliar o quanto a presença de um hábito influencia os relacionamentos e o meio ambiente em que vive o paciente, e vice-versa.	X	X			
AUTORREAVALIAÇÃO: O paciente deve pesar vantagens e desvantagens de manter um determinado hábito. O médico pode ajudá-lo a imaginar a sua vida sem o hábito a ser mudado, seus "prós" e possíveis "contras".		X	X		
LIBERAÇÃO SOCIAL: Descobrir a disponibilidade de recursos e oportunidades de comportamentos alternativos ao atual. Analisar junto com o paciente como e onde se conseguem meios para mudar uma situação desfavorável.		X	X		
AUTOLIBERAÇÃO: Ajudar o paciente a perceber que ele pode mudar, que consegue fazer escolhas mais saudáveis, acreditar e agir no sentido da mudança. A criatividade é um dos elementos-chave dessa estratégia.			X	X	X
CONTRACONDICIONAMENTO: É a substituição do comportamento não desejável por outro. Por exemplo: relaxar quando estressado, trocar elevadores por escadas, trocar um cigarro por um bastão de canela etc.			X	X	X

(continua)

Tabela 5.2

AÇÕES

CONTR
escapar,
"situaçõ

SUPPORT
O médic
vínculos

ADMINI
de esfor
que ela

PC: Pré

Balan

Alé:
cas, o
balanç
o prog
ça de
determ
quant
dão, n

FIGU

ção para a maioria. Por outro lado, apenas 15% de pré-contração retorna preparação. Deve ser analisado para que sejam de uma nova preparação, em geral, em definitivo. Os indivíduos vão aprender a lidar com os aspectos antes de alguns casos.

Quais ações são recomendadas, conforme o MTT.

Tabela 5.2 - Ações e estratégias de aconselhamento recomendadas para cada fase comportamental durante o processo de mudança (CONTINUAÇÃO)

AÇÕES E ESTRATÉGIAS	FASES DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA COMPORTAMENTAL				
	PC	C	P	A	M
CONTROLE DE ESTÍMULOS: Evitar ou contornar tudo que lembre o hábito que se quer mudar. Fugir, escapar, adiar e grupos de ajuda são algumas das estratégias que tendem a inibir e ajudam a enfrentar "situações tentadoras".			X	X	X
SUORTE SOCIAL: As pessoas tendem a buscar apoio naqueles que se importam com elas e as ajudam. O médico, além de também servir de suporte, deve ajudar o paciente a encontrar apoio em outros vínculos próprios.			X	X	X
ADMINISTRAÇÃO DE CONTINGÊNCIAS: Proporcionar a manutenção do novo comportamento por meio de esforços de recompensa pelos ganhos alcançados. Elogiar, valorizar e premiar a mudança, por menor que ela seja.				X	X

PC: Pré-contemplação; C: Contemplação; P: Preparação; A: Ação; M: Manutenção.

Balanco decisório e autoeficácia

Além das fases de prontidão para mudanças, o médico residente deve ficar atento ao balanço decisório e à autoeficácia que medem o progresso do indivíduo em relação à mudança de comportamento e que podem ajudar a determinar as ações subsequentes. Geralmente, quanto mais avançado for o estágio de prontidão, mais evidentes ficam as vantagens do novo

hábito desejado e maior é a sensação de autoeficácia para o paciente.

O MTT apresenta grandes vantagens em relação a outros modelos de aconselhamento em saúde, por adotar a intervenção conforme o estágio específico de cada indivíduo ou grupos de indivíduos, tendo o potencial de atingir alta eficácia aliada a altas taxas de adesão. As Figuras 5.1 e 5.2 a seguir ilustram a evolução dos dois processos, conforme a fase do MTT.

PRONTIDÃO PARA MUDANÇA COMPORTAMENTAL

	P	A	M
X			
X			
X	X	X	X
X	X	X	

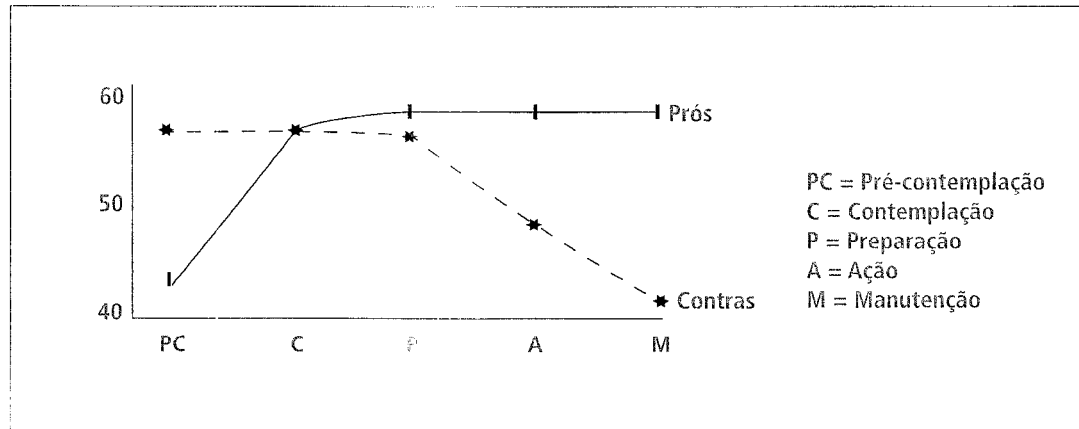


FIGURA 5.1 - Balanço decisório. Constitui a ponderação do indivíduo relativamente aos prós e contras da mudança.

(continua)

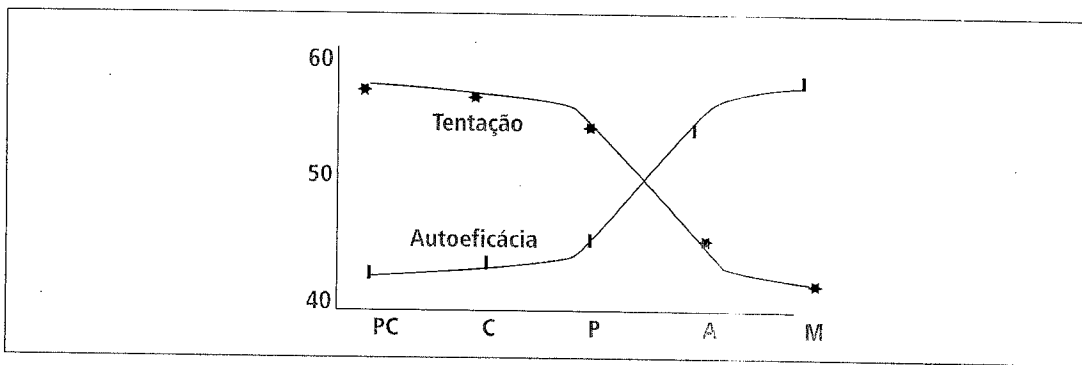


FIGURA 5.2 – Autoeficácia. É a capacidade ou confiança que o indivíduo tem de que ele pode enfrentar situações de alto risco sem que haja recaída para o comportamento de risco.

MODELO COGNITIVO- COMPORTAMENTAL – MCC

O MCC conjuga conceitos de dois tipos de abordagens complementares entre si.

Teoria cognitiva

A terapia cognitiva pode ser definida como um processo cognitivo de investigação empírica, verificação da realidade e resolução de problemas entre o paciente e o seu aconselhador.⁷ Ela proporciona um modelo para o entendimento dos distúrbios psicológicos que se propõe a tratar, assim como um plano claro dos princípios gerais e dos procedimentos do tratamento.

Esse modelo sustenta a afirmativa de que os comportamentos, afetos, sensações físicas e reações ao ambiente são baseados em experiências intelectuais, pensamentos e crenças adquiridas ao longo da vida.

O foco central desse modelo está na possibilidade de auxiliar o paciente a identificar e modificar seus pensamentos disfuncionais automáticos. Por exemplo, desfazer crenças do tipo: “comer bem é o mesmo que comer muito”, “fumar emagrece”, “sexo com amor não tem risco” etc.

Teoria comportamental

A teoria comportamental aplicada à medicina e saúde ajuda a compreender melhor os

automatismos (respostas ou comportamentos automáticos) e a manutenção de certos hábitos em troca de recompensas. Muitos comportamentos estão tão condicionados que se tornam automáticos, causando ações sem a percepção do que realmente se deseja fazer.

Imagine um indivíduo que há anos chega em casa no mesmo horário, coloca seus pertences numa mesa à direita, entra na cozinha e pega algo para comer, abre o jornal, senta na poltrona em frente à televisão e fuma um cigarro. Esses seus hábitos estão de tal forma encadeados que, se em um determinado dia ele chegar mais tarde, alguém tirar a mesa do lugar, esvaziar a geladeira, ou trocar a poltrona, a sequência de eventos poderá parecer estranha ou truncada. Do contrário, ele continuará fazendo sempre as mesmas coisas.

Outro condicionamento comum é aquele que se dá quando é realizado um comportamento e obtida uma recompensa, seja algo prazeroso ou o alívio de um desconforto.

No trabalho com os pacientes, é importante que por meio desses mecanismos sejam formuladas e oferecidas maneiras de substituir comportamentos que se deseja modificar por outros mais saudáveis (contracondicionamento). No entanto, deve-se lembrar que o paciente visa a uma recompensa similar àquela obtida anteriormente. Em outras palavras, um prazer abandonado deve ser substituído por outro.

Abordagem cognitivo-

Nesse tipo de aconselhamento, o paciente é incentivado a reconhecer o pensamento distorcido e comportamentos disfuncionais utilizando-se a discussão e a discussão de comportamentos estruturais para auxiliar os pacientes a avaliar seus pensamentos, quanto ao conforto, concentra-se na nova aprendizagem adaptativa. Comportamentos disfuncionais que persistem longo do tempo, eles podem ser reaprendidos de outras maneiras de mudanças fora do ambiente.

A solução de problemas é uma parte importante do aconselhamento. As técnicas da abordagem são exercidas, junto com o aconselhador, numa relação cooperativa, utilizando estratégias para enfrentar problemas identificados. Diferentemente dos psicoterapêuticos, o aconselhamento é temporal e objetivos claros.

O modo como um indivíduo enfrenta suas experiências determina como ele se sente e se comporta. O comportamento é fortemente influenciado assim como pelas representações e crenças relativas às coisas do mundo e ao modo como todas elas são percebidas.

Aprendizagem inadequada, distinção inadequada e realidade, entre outros esquemas cognitivos disfuncionais, podem resultar em comportamentos inadequados e apropriados, criando um processo de comportamento também disfuncional.

Indivíduos adotam estratégias de raciocínio e por isso seus pensamentos e ações são influenciadas. O aconselhamento para modificar comportamentos não saudáveis no MCC, trabalhar a fim de modificar o comportamento específico das crenças e das

Abordagem cognitivo-comportamental

Nesse tipo de aconselhamento, ajuda-se o paciente a reconhecer padrões de pensamento distorcido e comportamento disfuncional, utilizando-se a discussão sistemática e tarefas comportamentais estruturadas a fim de auxiliar os pacientes a avaliar e modificar tanto pensamentos, quanto comportamentos. Desse modo, concentra-se na oportunidade de uma nova aprendizagem adaptativa (se certos comportamentos disfuncionais foram aprendidos ao longo do tempo, eles podem, de algum modo, ser reaprendidos de outra forma) e na produção de mudanças fora do ambiente clínico.

A solução de problemas constitui uma parte importante do aconselhamento. Todos os aspectos da abordagem são explicitados ao paciente que, junto com o aconselhador, procura trabalhar numa relação cooperativa, na qual são planejadas estratégias para enfrentar problemas claramente identificados. Diferentemente de alguns métodos psicoterapêuticos, o MCC tem limitação temporal e objetivos claramente definidos.

O modo como um indivíduo estrutura as suas experiências determina em grande parte o modo como ele se sente e se comporta.⁸ O comportamento é fortemente influenciado pelas crenças, assim como pelas representações, pelos significados relativos às coisas do mundo, a si próprio e ao modo como todas elas se relacionam.

Aprendizagem inadequada, inferências incorretas, distinção inadequada entre imaginação e realidade, entre outros, engendram esquemas cognitivos distorcidos que podem resultar em comportamentos disfuncionais, apropriação inadequada de experiências, iniciando um processo de retroalimentação também disfuncional.

Indivíduos adotam conscientemente padrões de raciocínio e possuem controle sobre seus pensamentos e ações. O médico, durante o aconselhamento para mudanças de hábitos e comportamentos não saudáveis, pode, com base no MCC, trabalhar a fim de obter o conteúdo específico das crenças e das representações de seu

paciente sobre esses hábitos e buscar formas de romper automatismos decorrentes, que estejam porventura colocando sua saúde em risco.

No Quadro 5.1 estão descritos os principais elementos do MCC.

Quadro 5.1 – Elementos do MCC

1. Estabelecimento do vínculo empático.
2. Definição do contrato entre médico e paciente.
3. Informações sobre método a ser adotado.
4. Obtenção da coparticipação ou parceria mútua.
5. Escolha conjunta do "problema" a ser trabalhado.
6. Negociação de metas, objetivos e ações.
7. Busca das possíveis distorções por meio do registro diário de tarefas e pensamentos.

Finalmente, ainda no processo de evolução histórica do aconselhamento em promoção da saúde, é importante ressaltar que, mudanças efetivas e persistentes dependem de quatro fatores fundamentais: *informação* de boa qualidade (conhecer os riscos); alto nível de *motivação* (querer mudar); *habilidades* pessoais (saber como mudar); e *oportunidade* (ter chances e condições materiais favoráveis à mudança).⁹

ACONSELHAMENTO BÁSICO E O PANPA

Independente do modelo de aconselhamento adotado, MTT, MCC, outro ou ainda a mistura de vários, de um modo geral, em consultas médicas a busca da adesão do paciente para um estilo de vida mais seguro e saudável depende de um método simples e uma abordagem disciplinada, cujos passos iniciais e preceitos básicos são:

- definir junto com o paciente os fatores de risco prioritários e as intervenções mais adequadas a cada um;
- manter um nível ideal de comunicação com o paciente, levando em conta, por exemplo, diferenças de linguagem, e certificando-se da compreensão do que foi dito;
- informar a real necessidade da prevenção ou de promoção da saúde, abordando crenças e aspectos culturais;

- esclarecer adequadamente as vantagens e desvantagens das medidas e procedimentos recomendados;
- obter o comprometimento do paciente com o processo de mudança que se pretende iniciar ou dar continuidade, e começar a agir o mais cedo possível;
- planejar programas de curto, médio e longo prazo, conforme escala de prioridades definida ao longo das consultas médicas;
- negociar metas conjuntas que sejam realistas e viáveis na prática, reforçando, positivamente, mesmo os pequenos ganhos;
- propor planos de trabalho factíveis, de evolução progressiva (passo a passo), e que sejam flexíveis, para o caso de necessitar de modificação;
- implantar um sistema de monitoração do progresso e de antecipação de retrocessos, que garanta a continuidade do programa.

Preferencialmente, os aconselhamentos devem ser intercalados com as perguntas da anamnese, o que tende a tornar a consulta mais dinâmica, interativa e efetiva.

É importante valorizar o uso de modelos teóricos de aconselhamento (MTT, MCC ou outros) que se ajustem às expectativas da medicina baseada em evidências (objetividade e preocupação com a efetividade) e possuam uma proposta técnica metodologicamente organizada.

Método PANPA

Adaptada do método de 5 "As" (*Assess-Advise-Agree-Assist-Arrange*) recomendada pela US Preventive Services Task Force (USPSTF),⁹ é apresentada uma abordagem abreviada por **PANPA**, Pergunte-Aconselhe-Negocie-Prepare-Acompanhe, que pode se ajustar ao aconselhamento dos mais diferentes hábitos e comportamentos de saúde.

De maneira geral, a abordagem segue o direcionamento a seguir:

- **Pergunte** a todo paciente sobre seus hábitos. Nessa fase, o objetivo é coletar, selecionar e analisar informações que estejam implicadas no processo de decisão de mudar. Recomenda-se perguntar sobre o nível de conhecimento do paciente a respeito dos riscos, dos hábitos atuais e vantagens de opções mais saudáveis, sua motivação para mudar, tempo de duração e relevância do hábito ou comportamento não saudável. Como exemplo, pode-se abordar o paciente da seguinte maneira: "O senhor já pensou em parar de fumar?".
- **Aconselhe**, selecionando junto com o paciente, inicialmente, um dos hábitos que será o foco principal, pois abordar simultaneamente muitos fatores de risco que demandam muitas metas diferentes entre si não é a melhor estratégia. É fundamental, nesse momento, se ainda não o fez, tentar identificar o nível de motivação ou estágio de prontidão do paciente para mudanças em relação ao hábito ou fator de risco escolhido. Em seguida, deve-se personalizar a mensagem, incentivando a mudança de estágio, por exemplo, da pré-contemplação para contemplação, estimulando-o a pensar no assunto, ou da contemplação para a preparação e ação, orientando-o a tomar certas medidas práticas.

Como técnica de aconselhamento, o realce dos benefícios do novo comportamento, ressaltando os aspectos da melhora da qualidade de vida, evitando juízos de valor, censuras ou críticas, é mais eficaz do que insistir demasiadamente nos efeitos negativos (sintomas, sofrimentos, risco de morte) do comportamento ou hábito atual. As dificuldades referidas pelos pacientes, principalmente pelos que já tentaram mudanças e fracassaram em outras oportunidades, devem servir de base para o novo programa de ações a ser aconselhado. Como exemplo, podem ser fornecidas informações ao paciente sobre as vantagens de adotar hábitos saudáveis: "... ao praticar exercícios a senhora,

além de p...
cansada...
menos ris...
para o tra

- **Negoc**
ridas n...
ou até...
para es...
e do pa...
mir ur...
certific...
frentar...
Em alg...
de dra...
visuali...
de ide...
barreir...
que fo...
conta,...
sua rea...
deve-s...
unindo...
teriore...
e alcar...
lização...
mitanc...
e do pi...
mudar...
secunc...
vidade...
melhor

- **Prepa**
novo h...
lidades...
sejado...
a parti...
mome...
todas...
seus ri...
síveis...
te pod...
apoio...
sobre...
dificad...
entrar

- esclarecer adequadamente as vantagens e desvantagens das medidas e procedimentos recomendados;
 - obter o comprometimento do paciente com o processo de mudança que se pretende iniciar ou dar continuidade, e começar a agir o mais cedo possível;
 - planejar programas de curto, médio e longo prazo, conforme escala de prioridades definida ao longo das consultas médicas;
 - negociar metas conjuntas que sejam realistas e viáveis na prática, reforçando, positivamente, mesmo os pequenos ganhos;
 - propor planos de trabalho factíveis, de evolução progressiva (passo a passo), e que sejam flexíveis, para o caso de necessitar de modificação;
 - implantar um sistema de monitoração do progresso e de antecipação de retrocessos, que garanta a continuidade do programa.
- **Pergunte** a todo paciente sobre seus hábitos. Nessa fase, o objetivo é coletar, selecionar e analisar informações que estejam implicadas no processo de decisão de mudar. Recomenda-se perguntar sobre o nível de conhecimento do paciente a respeito dos riscos, dos hábitos atuais e vantagens de opções mais saudáveis, sua motivação para mudar, tempo de duração e relevância do hábito ou comportamento não saudável. Como exemplo, pode-se abordar o paciente da seguinte maneira: “O senhor já pensou em parar de fumar?”.
- **Aconselhe**, selecionando junto com o paciente, inicialmente, um dos hábitos que será o foco principal, pois abordar simultaneamente muitos fatores de risco que demandam muitas metas diferentes entre si não é a melhor estratégia. É fundamental, nesse momento, se ainda não o fez, tentar identificar o nível de motivação ou estágio de prontidão do paciente para mudanças em relação ao hábito ou fator de risco escolhido. Em seguida, deve-se personalizar a mensagem, incentivando a mudança de estágio, por exemplo, da pré-contemplação para contemplação, estimulando-o a pensar no assunto, ou da contemplação para a preparação e ação, orientando-o a tomar certas medidas práticas.

Preferencialmente, os aconselhamentos devem ser intercalados com as perguntas da anamnese, o que tende a tornar a consulta mais dinâmica, interativa e efetiva.

É importante valorizar o uso de modelos teóricos de aconselhamento (MTT, MCC ou outros) que se ajustem às expectativas da medicina baseada em evidências (objetividade e preocupação com a efetividade) e possuam uma proposta técnica metodologicamente organizada.

Método PANPA

Adaptada do método de 5 “As” (*Assess-Advise-Agree-Assist-Arrange*) recomendada pela US Preventive Services Task Force (USPSTF),⁹ é apresentada uma abordagem abreviada por **PANPA**, **P**ergunte-**A**conselhe-**N**egocie-**P**repare-**A**companhe, que pode se ajustar ao aconselhamento dos mais diferentes hábitos e comportamentos de saúde.

De maneira geral, a abordagem segue o direcionamento a seguir:

Como técnica de aconselhamento, o realce dos benefícios do novo comportamento, ressaltando os aspectos da melhora da qualidade de vida, evitando juízos de valor, censuras ou críticas, é mais eficaz do que insistir demasiadamente nos efeitos negativos (sintomas, sofrimentos, risco de morte) do comportamento ou hábito atual. As dificuldades referidas pelos pacientes, principalmente pelos que já tentaram mudanças e fracassaram em outras oportunidades, devem servir de base para o novo programa de ações a ser aconselhado. Como exemplo, podem ser fornecidas informações ao paciente sobre as vantagens de adotar hábitos saudáveis: “... *ao praticar exercícios a senhora,*

além de p
cansada...
menos ris
para o tra

• **Negoc**
ridas n
ou até
para es
e do p
mir ur
certific
frentar
Em alg
de dra
visuali
de ide
barreir
que fo
conta,
sua rea
deve-s
unindo
teriore
e alcar
lização
mitanc
e do p
mudar
secunc
vidade
melhor

• **Prepa**
novo h
lidades
sejado.
a parti
mome
todas ;
seus ri
síveis c
te pod
apoio c
sobre c
dificad
entrar

além de perder peso, ficará mais disposta e menos cansada...”, "... se parar de fumar, além de correr menos risco de câncer e infarto, terá mais fôlego para o trabalho...".

- **Negocie** sempre. Muitas das estratégias sugeridas nos livros, manuais, cursos, congressos ou até mesmo em contatos informais, servem para estimular a criatividade do profissional e do paciente. No entanto, é necessário assumir uma postura crítica para que ambos se certifiquem se esta ou aquela forma de enfrentamento poderá ser colocada em prática. Em alguns casos, é benéfico utilizar técnicas de dramatização (simular uma situação) ou visualização (imaginar uma situação) a fim de identificar com mais clareza as possíveis barreiras que aparecerão e, então, negociar o que for melhor para o paciente, levando em conta, obrigatoriamente, o seu entorno e a sua realidade de vida. Na fase de negociação, deve-se facilitar o processo de intervenção unindo as informações obtidas nas fases anteriores, o estabelecimento de metas, limites e alcances da colaboração. Nessa fase, a realização de um contrato, mesmo verbal, delimitando as intenções e pretensões do médico e do paciente é recomendada. Pode-se usar a mudança de hábito para enfatizar um ganho secundário para o paciente: *"... se iniciar atividade física, a dor lombar e nos joelhos deve melhorar também, além de perder peso"*.
- **Prepare** o momento de mudar ou adotar um novo hábito, oferecendo as diversas possibilidades para chegar ao comportamento desejado, ressaltando vantagens e desvantagens a partir das necessidades do sujeito. Nesse momento, o paciente já deve estar ciente de todas as implicações da mudança desejada, seus riscos e benefícios, e conhecer os possíveis caminhos a trilhar. O médico residente pode aconselhar o paciente a procurar o apoio de amigos ou parentes, dar orientações sobre comportamento alternativo a ser modificado ou ajudar a definir datas-limite para entrar em ação. Por exemplo, um fumante

pode ser aconselhado a avisar familiares e amigos sobre a cessação do tabagismo para que estes evitem fumar perto dele, além de ser informado sobre sintomas de abstinência e como lidar com eles. Pode-se, ainda, marcar uma data para parar de fumar.

- **Acompanhe** o processo de mudança do paciente, estabelecendo um meio de monitorar os efeitos das ações isoladas e da intervenção como um todo. Nessa fase em que mudanças já estão em curso, é essencial prevenir recaídas. Para tanto, deve-se estar apto a identificar as situações de alto risco e agir de forma a enfrentá-las. Independente da mudança desejada, ao longo do processo há diversas "armadilhas" que podem ser antecipadas e, se não totalmente eliminadas, ao menos atenuadas por meio de ações de cautela (p. ex.: evitar temporariamente pessoas, situações ou ambientes que se associem fortemente ao hábito não saudável ou abrir um canal de comunicação para os momentos de crise nos períodos de intervalos entre consultas). Quando ocorrer recaída, esta deve ser aceita sem críticas, tornando-se objeto de análise a fim de identificar suas causas e circunstâncias. O paciente deve ser estimulado a tentar novamente, dessa vez com um plano de ação aprimorado, levando em consideração o motivo do fracasso da última tentativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aconselhamento voltado para hábitos e comportamentos saudáveis é parte integrante de qualquer consulta médica e tem papel fundamental no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças. Em relação ao aconselhamento em clínica médica:

- existem várias teorias para aconselhamento dentre as quais o modelo transteórico (MTT) e o modelo cognitivo-comportamental (MCC) são os mais estudados e usados na prática clínica;

- o MTT descreve as mudanças como processos ao longo do tempo pelo qual o indivíduo deve vencer cinco etapas ou fases de prontidão, até atingir o comportamento desejado de forma estável. São elas: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Balanço decisório e autoeficácia também são variáveis levadas em consideração no MTT;
- o MCC parte do princípio que crenças ou pensamentos automáticos negativos (distorcidos), aprendidos ao longo da vida, podem gerar comportamentos ou hábitos disfuncionais (não saudáveis). Por terem sido aprendidos podem ser reaprendidos com outro conteúdo. Comportamentos automáticos e encadeados com outros hábitos podem ser revertidos por técnicas de contracondicionamento, quebrando a sequência de eventos desencadeantes;
- as mudanças comportamentais mais efetivas e persistentes dependem de informação de boa qualidade, alto nível de motivação do paciente, desenvolvimento de habilidades pessoais e de oportunidades adequadas;
- o PANPA, Pergunte-Aconselhe-Negocie-Prepare-Acompanhe, é um método simples e prático que o médico pode adotar para orientar, de modo estruturado, a sua abordagem dos fatores de risco à saúde de seu paciente;
- os principais temas de interesse no aconselhamento em clínica médica são: atividade física, alimentação, tabagismo, sono, álcool e drogas, atividade sexual, acidentes e violência, higiene bucal e exposição a raios ultravioleta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canadian Task Force on Preventive Health Care. [acesso em: 2007 jan 31]. Disponível em: www.ctfphc.org.
2. MS (Ministério da Saúde), 1997c. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids.
3. Prochaska JO, DiClemente CC. "Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51(3):390-5.
4. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. "In search of how people change: Applications to addictive behaviors." *American Psychologist* 1992; 47:1102-14.
5. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997; 12(1):38-48.
6. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician* 2000; 61(5):1409-16.
7. Beck AT, Weishaar ME. Cognitive Therapy. In: Corsini D, Wedding D (eds.). *Current psychotherapies*. IL: Peacock Club, 1989. p. 285-317.
8. Beck A, et al. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
9. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. 3. ed. 2000 - 2003. [acesso em: 2007 jan 31]. Disponível em: www.ahrp.gov/clinic/uspstfix.htm.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. O'Donnell. *Health promotion in the workplace*. Delmar Publ., 2002.