
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE
MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Material educativo sobre o estigma à saúde mental entre profissionais da saúde
no atendimento a pacientes de difícil manejo de um hospital geral

Aluno: Alexandre Schmidt

Orientadora: Profa. Dra. Anne Orgler Sordi

Porto Alegre, 2021

ALEXANDRE SCHMIDT

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Material educativo sobre o estigma à saúde mental entre profissionais da saúde
no atendimento a pacientes de difícil manejo de um hospital geral

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos

Orientadora: Profa. Dra. Anne Orgler Sordi

Porto Alegre, 2021

CIP - Catalogação na Publicação

SCHMIDT, ALEXANDRE

Material educativo sobre o estigma à saúde mental entre profissionais da saúde no atendimento a pacientes de difícil manejo de um hospital geral / ALEXANDRE SCHMIDT. -- 2021.

70 f.

Orientadora: ANNE ORGLER SORDI.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Recusa do Paciente ao Tratamento . 2. Funcionamento Psicossocial. 3. Estigma Social. 4. Relações Médico-Paciente. 5. Pacientes Internados. I. ORGLER SORDI, ANNE, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação da Profa. Anne Orgler Sordi.

Aprovada por:

Dra. Anne Orgler Sordi – MPAD/HCPA

Presidente

Dra. Silvia Chwartzmann Halpern – HCPA

Membro

Dra. Joana Narvaez – HCPA

Membro

Dra. Luciane Cruz – Hospital Moinhos de Vento

Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

A minha esposa **Fernanda**, que em muitos momentos me acolheu e me deu o auxílio necessário para concretizá-lo, que é o ponto de partida de toda a alegria e satisfação que desfruto em minha vida,

A minha mãe **Citânia**, que, como psicóloga clínica, acompanhou diversas etapas dele e, como sempre, dedicou seu carinho e atenção as minhas idéias, valorizando-as e estará em meu afeto e minhas memórias eternamente,

A meus filhos **Bernardo** e **Gabriel**, que ainda não compreendem a gratidão que tenho por me mostrarem que perdoaram as ausências do pai ao me reencontrarem com um maravilhoso abraço e sorrisos nos rostos, com os brados de “papai” do mais velho.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, **Citânia Regina Schmidt**, pelo exemplo de luta, persistência, recomeço e afeto diante de quaisquer adversidades e que estará sempre em nossas memórias como uma referência de humanidade a ser seguida.

A minha esposa, **Fernanda Munhoz Driemeier Schmidt**, companheira, incansável, presente, prestativa, maravilhosa, mãe de meus dois amados filhos, Bernardo (4 anos) e Gabriel (9 meses), que foi essencial em diversos momentos das revisões, escritas e construções de meus projetos, além de compreender meus momentos de demandas em decorrência deste projeto.

À orientadora e amiga Profa. Dra. **Anne Orgler Sordi**, que serviu como referência técnica, prática, diretiva e acurada, integrando seu conhecimento e experiência na liderança de projetos e em pesquisa a um suporte afetivo, presente, disponível e sensível aos diferentes momentos de minha jornada como mestrando.

Às professoras Dra. **Fabiana Andrea Barrera Galland** e Dra. **Daiane Silvello**, que foram essenciais no esclarecimento e direcionamento de meus pré-projetos, em momentos delicados de encaminhamento e definição e que, sem suas ajudas, certamente não teria sido possível vencer os prazos definidos.

À professora Dra. **Juliana Nichterwitz Scherer**, que contribuiu em diversos momentos para a construção deste trabalho através de seu interesse e disponibilidade em nos ajudar e através de seu ensino sobre como elaborar um produto digital no formato de “podcasts”.

A meus colegas **profissionais de saúde de diversas áreas**, que contribuíram com suas impressões, opiniões, indagações e críticas. Agradeço, ainda, aqueles que se dispuseram a responder o questionário-piloto e que assim contribuíram de forma imprescindível no processo de construção do instrumento de coleta aqui utilizado.

Às líderes de equipes do Hospital Moinhos de Vento, **Bianca Gubert Borges** (Farmácia), **Camila Ceron** (Fonoaudiologia), **Camila Veronese** (Nutrição), **Gisele Naber** (Medicina), **Julia Schneider Hermel** (Psicologia), **Leonardo Garcia** (Fisioterapia), **Paula de Oliveira** (Nutrição), **Rubia Maestri** (Enfermagem) e **Vânia Rohsig** (Superintendência Assistencial) por terem contribuído de forma essencial na viabilização da pesquisa que será descrita nas linhas que se seguem.

SUMÁRIO

1. RESUMO	pg. 11
2. ABSTRACT	pg. 12
3. INTRODUÇÃO	pg. 13
3.1. Estigma	pg. 13
3.2. Estigma na saúde mental	pg. 14
3.3. Estigma entre profissionais da saúde	pg. 16
3.4. Comorbidade entre doença mental e doença física	pg. 16
3.5. Acesso a tratamentos por pacientes com e sem transtornos mentais	pg. 17
3.6. O paciente difícil	pg. 18
3.7. Justificativa	pg. 20
4. OBJETIVOS	pg. 22
4.1. Geral	pg. 22
4.2. Específicos	pg. 22
4.3. Hipótese de pesquisa	pg. 22
5. MATERIAL E MÉTODOS	pg. 23
5.1. Quanto à revisão narrativa das escalas de avaliação do estigma à doença mental adaptada ao conceito de “pacientes difíceis”	pg. 23
5.2. Quanto à elaboração do instrumento de avaliação	pg. 24
5.2.1. “Questionário Exploratório” de avaliação do estigma de profissionais de saúde aos pacientes difíceis	pg. 24

5.2.2. Investigação Sócio-demográfica	pg. 27
5.2.3. Pesquisa sobre a preferência de tipo de material educativo	pg. 27
5.3. Quanto à realização da pesquisa	pg. 27
5.3.1. Delineamento	pg. 27
5.3.2. Local e período de realização	pg. 27
5.3.3. Amostra	pg. 28
5.3.4. Logística da coleta de dados	pg. 28
5.3.5. Análise dos resultados	pg. 29
5.3.6. Aspectos éticos e legais	pg. 30
6. RESULTADOS	pg. 31
6.1. Produto	pg. 35
6.1.1. Proposta	pg. 35
6.1.2. Operacionalização	pg. 35
6.1.3. Conteúdo	pg. 36
7. DISCUSSÃO	pg. 38
8. CONCLUSÕES	pg. 42
9. REFERÊNCIAS	pg. 43
10. ANEXOS	pg. 48
10.1. Anexo 1: Versão final do instrumento de pesquisa	pg. 48
10.2. Anexo 2: Questões conforme domínios do “Questionário Exploratório”	pg. 59
10.3. Anexo 3: Textos dos conteúdos de áudio elaborados	pg. 62

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Fluxograma com detalhamento do processo de elaboração do instrumento denominado neste trabalho como “Questionário Exploratório” pg. 26

FIGURA 2: Demonstração gráfica das médias com seus respectivos desvios padrão dos escores de estigma em cada um dos grupos de profissionais estudados pg. 34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Descrição das características da amostra de 144 participantes da pesquisa realizada no Hospital Moinhos de Vento (HMV) do período de outubro de 2020 a março de 2021

pg. 32

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA – Analysis of Variance

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

EAD – Ensino à distância

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HMV – Hospital Moinhos de Vento

OMS – Organização Mundial da Saúde

SARS-COV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO – World Health Organization

Schmidt, A. Material educativo sobre o estigma à saúde mental entre profissionais da saúde no atendimento a pacientes de difícil manejo de um hospital geral (dissertação). Porto Alegre: Programa de Saúde Mental e Transtornos Aditivos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.

1. RESUMO

Introdução: A literatura mostra que o estigma por parte dos profissionais da saúde de unidades clínicas aos pacientes com transtornos psiquiátricos graves pode prejudicar a qualidade no atendimento prestado a eles. Porém, existem poucos dados referentes ao estigma relacionado aos considerados “pacientes difíceis”, caracterizados por comportamentos excessivamente opostos ou demandantes com a equipe, muitas vezes decorrentes de algum transtorno psiquiátrico não diagnosticado ou não adequadamente tratado. **Objetivo:** elaborar um material educativo a partir dos resultados de uma pesquisa exploratória sobre as características do estigma relacionado aos chamados “pacientes difíceis” entre profissionais da saúde de um hospital geral da rede privada. **Material e Método:** foi realizada uma revisão narrativa de escalas que avaliavam o estigma à doença mental, elaborado um questionário exploratório adaptado ao estigma de profissionais de saúde aos pacientes de difícil manejo, aplicado o questionário no formato on-line entre profissionais de saúde de um hospital privado das áreas da enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social e elaborado um material educativo com base nos resultados da pesquisa. **Resultados:** o instrumento resultou num questionário exploratório auto-aplicável com 29 itens distribuídos em três domínios principais (conhecimento, preconceções e comportamentos), 144 profissionais da saúde responderam ao instrumento e apresentaram escores médios para o estigma ao paciente difícil, não apresentaram diferenças significativas quanto aos escores em relação às diferentes categorias profissionais, idade, tempos de experiência profissional ou institucional considerando os escores dos três domínios explorados. A partir dos resultados foi criado uma série de 4 episódios em “podcasts” sobre o estigma aos pacientes difíceis e estratégias de manejo destinada aos profissionais de saúde desta instituição. **Conclusão:** este trabalho propõe um instrumento de avaliação do estigma de profissionais de saúde a um perfil de pacientes comum nos cenários de atendimento e resulta na elaboração de uma série de “podcasts” com conteúdos educativos de apoio a este público sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: estigma, doença mental, estigma do provedor, paciente difícil, paciente poli-queixoso, aliança terapêutica, material educativo, psicoeducação, *podcast*.

Schmidt, A. Educational Material about providers' mental health stigma in caring of difficult patients. (dissertation). Porto Alegre: Prevention and Assistance in Mental Health and Addiction Disorders Programm, Federal University of Rio Grande do Sul; 2021.

2. ABSTRACT

Introduction: The literature presents the provider's stigma among patients with serious mental disorders in clinical units as a mediator for health care quality damages of those patients. However, few data about the stigma associated to difficult patients care has been published. Difficult patients are featured for being excessively opponents, extremely demanders and quite often presenting undiagnosed or untreated mental health disorders. **Objective:** to elaborate an educational content from the results of an exploratory research about mental health provider's stigma characteristics in a private general hospital. **Material and Method:** we conducted narrative review about mental health stigma scales, elaborated an adapted exploratory questionnaire of providers' mental health stigma to the difficult patients construct, applied this questionnaire to health care professionals of medicine, nursing, nutrition, pharmacy, physiotherapy, psychology, social service and speech therapy areas and produced an educational content from the results of this research. **Results:** the instrument resulted in a 29 items self-appliable exploratory questionnaire distributed in three domains (knowledge, attitudes and behaviors), 144 health professionals answered the instrument and presented a medium level of stigma for the difficult patients. We didn't find differences in scores according to health care professions, the research didn't present correlations between age, professional experience or institutional times with the stigmas scores and didn't show differences between the three analyzed stigma domains. From these results, we elaborate a four episodes podcasts serie about the difficult patients providers's stigma and management strategies destined to those health care professionals. **Conclusion:** this study purposed an new mental health providers's stigma instrument adapted to the difficult patient construct quite common in the clinical assistance settings and resulted in a podcasts' serie as an educational content support to those institutional health care professionals.

KEYWORDS: stigma, mental health, providers' stigma, difficult patient, complaint patient, therapeutic alliance, educational content, psychoeducation, psychological skills, medical-patient relationship, provider-patient relationship, podcast.

3. INTRODUÇÃO

O combate ao estigma à saúde mental tem sido um objetivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrado principalmente através do lançamento do “Human Rights: WHO QualityRights core training – for all services & all people”. A iniciativa surge considerando-se um contexto amplo em que pessoas com condições de dificuldades mentais, psicossociais, intelectuais ou cognitivas estão sujeitas ao estigma, à discriminação e a desigualdades que permeiam diversos aspectos de suas vidas. Além de contribuir na capacitação ao combate do estigma na área da saúde mental, a iniciativa objetiva também ampliar o acesso ao atendimento de qualidade nesta área e aos direitos humanos, bem como contribuir na adequação dos serviços de atendimento, nas políticas públicas de influência à sociedade e na legislação para que estejam alinhadas com a “Convenção de Direitos Humanos de Pessoas com Incapacidades” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

No mesmo sentido que a OMS, no Brasil, a Lei de Reforma Psiquiátrica número 10.216 de 6 de abril de 2001 já preconizava o direito de tratamento de qualidade, humanidade e respeito, sem qualquer discriminação às pessoas acometidas de transtornos mentais (CEDI, 2001). Portanto, o estigma à saúde mental vem se tornando tema de preocupação há algumas décadas. Mas, afinal, o que é o Estigma?

3.1. Estigma

Na civilização grega, a palavra “estigma” era usada para a marca deixada no corpo de indivíduos através de cortes ou queimaduras como forma de sinalizar seu status moral incomum ou ruim. Estas marcas indicavam que o portador se tratava de um escravo, um criminoso, um traidor, alguém manchado, ritualmente poluído, a ser evitado, especialmente em locais públicos. Atualmente, o termo representa a atribuição de uma marca discriminatória ou uma característica distinta a um grupo minoritário, privando-o de direitos e privilégios que lhes deveriam ser atribuídos. (GOFFMAN, 1963).

Dois dos autores que se destacam na revisão sobre pesquisas na área do estigma são Bruce G. Link e Jo C. Phelan. Eles desenvolveram uma definição do termo que leva em consideração uma série de componentes necessários para a sua consolidação. Na conceituação

desses autores, o estigma passa a existir quando há a convergência dos seguintes componentes: rótulo, estereótipo, separação, perda de status e discriminação. O **rótulo** refere-se às diferenças humanas e às nomeações dessas diferenças. O **estereótipo** refere-se a um conjunto de crenças culturais atribuídas a determinadas características destacadas de um indivíduo ou de um grupo, no caso do estigma, de valências negativas. A **separação** representa a dissociação que passa a se estabelecer entre “nós” e “eles”, ou seja, entre aqueles que não apresentam e aqueles que apresentam tal estereótipo. A **perda de status** representa a experiência dos rotulados na forma de uma desvalorização e/ou inferiorização relacionada ao seu meio social. A **discriminação** refere-se aos desfechos e oportunidades desiguais aos quais os rotulados passam a estar expostos em prejuízo de si. A consolidação do estigma, portanto, se desenvolve quando os componentes acima coexistem em situações de **exercício de poder** que permitem seus desdobramentos (LINK; PHELAN, 2001).

Ampliando o estudo do conceito de estigma, podemos citar o autor Graham Thornicroft, que juntamente de outros colegas descreveu o estigma como um termo abrangente que contém em si três elementos associáveis a ele: os conhecimentos (“knowledges” da língua inglesa), as preconceções (do inglês “attitudes”) e os comportamentos (“behaviors”). O termo **conhecimento** refere-se às informações ou às desinformações que são de domínio público a respeito de alguma condição humana que possa ser estigmatizada. Aqui, eles ressaltam que, em relação aos transtornos mentais, a ignorância, a falta de aprendizado das pessoas sobre as características dos diferentes quadros clínicos patológicos estão relacionados ao estigma muitas vezes manifestado. O termo **preconcepções** poderia ser traduzido como “preconceitos” ou “atitudes”, de forma mais literal, e estes referem-se à tendência que um grupo majoritário tem de vivenciar pensamentos, crenças ou emoções de valências negativas em relação a um grupo minoritário estigmatizado, ou seja, as vivências mentais (cognitivas ou afetivas) de um grupo em relação a outro. Já o termo **comportamento** abarca todas respostas motoras relacionadas à situação de estigma, tais como as discriminações, os atos de violência, as privações, as negligências e os abusos de direitos humanos direcionados à condição estigmatizada (THORNICROFT, G., ROSE, D., KASSAM, A., & SARTORIUS, 2007).

3.2. Estigma na Saúde Mental

Quando partimos para o estudo do estigma associado à condição de saúde mental dos indivíduos, identificamos diversos trabalhos que descrevem e caracterizam o estigma na saúde

mental entre a população em geral. Apesar de divergirem sobre como ele se apresenta, apontam sua existência. Algumas pesquisas mostram que pessoas rotuladas como doentes mentais, independentemente dos diagnósticos que recebem, são estigmatizadas de forma mais severa do que outras condições médicas (CORRIGAN, 2000; WEINER; PERRY; MAGNUSSON, 1988). Outros trabalhos sugerem que o público discrimina grupos de pacientes psicóticos de forma mais contundente do que pacientes com depressão ou transtornos de ansiedade (PESCOSOLIDO et al., 1999).

Hayward e Bright descreveram quatro possíveis justificativas para o estigma associado à saúde mental: 1) a percepção de periculosidade dos indivíduos com transtornos mentais; 2) a atribuição de responsabilidade ou culpa por sua doença; 3) a cronicidade da doença e seu prognóstico negativo e; 4) o efeito disruptivo sobre as interações sociais (HAYWARD; BRIGHT, 1997).

A partir de uma revisão breve sobre o tema relacionado à saúde mental poderíamos descrever basicamente cinco subcategorias relacionadas ao estigma aos transtornos mentais: 1) estigma público (“*public stigma*”); 2) estigma estrutural (“*structural stigma*”); 3) estigma percebido (“*perceived stigma*”); 4) auto-estigma (“*self-stigma*”); 5) estigma do provedor (“*provider stigma*”). O **estigma público** consiste nas posturas negativas do público em geral relacionadas aos indivíduos com transtornos mentais. O **estigma estrutural** consiste em políticas de instituições governamentais e privadas que intencionalmente restringem oportunidades para pessoas com doenças mentais e que produzem consequências, não necessariamente intencionais, que afetam as alternativas destes indivíduos (por exemplo, restrição de recursos para pesquisa na área de esquizofrenia). O **estigma percebido** refere-se à percepção dos indivíduos com o transtorno mental das ações ou percepções negativas de outros para com aqueles que apresentam o mesmo transtorno mental que eles. O **auto-estigma** consiste na consciência do estigma público associada à sua condição mental (estereótipo) e a atribuição deste estereótipo a si mesmo. O **estigma do provedor** pode ser definido como as posturas, as crenças e os comportamentos negativos que profissionais de saúde apresentam ou atuam na prestação do serviço a seus pacientes com transtornos mentais, mesmo que inconscientemente ou sutilmente (CHARLES; BENTLEY, 2017; CORRIGAN; O’SHAUGHNESSY, 2007; CORRIGAN; WATSON, 2002). Portanto, o estigma associado à doença mental não está restrito às pessoas do público em geral. Como membros da sociedade e sujeitos às influências e às concepções da comunidade em que estão inseridos, os profissionais da área da saúde também são agentes influenciados por este estigma (CHARLES; BENTLEY, 2017).

3.3. Estigma entre profissionais da saúde

Diversos trabalhos já avaliaram o estigma associado a profissionais da saúde de hospitais gerais (CREMONINI et al., 2018; GIANDINOTO; STEPHENSON; EDWARD, 2018), a médicos generalistas (CASTILLEJOS ANGUIANO et al., 2019), a estudantes de medicina (ROTH et al., 2000) e a staff de hospitais gerais (MINAS et al., 2011). Mesmo entre psiquiatras (LAUBER et al., 2004) e outros profissionais da área da saúde mental já ficou demonstrado o estigma relacionado a pacientes com esquizofrenia e outros transtornos mentais em diferentes países e culturas (HARANGOZO et al., 2014).

No momento em que se identifica o estigma por profissionais que prestam assistência a pacientes com doenças mentais há que se ater às consequências que aquele pode acarretar. As posturas ou os comportamentos associados ao estigma resultam na falta de acesso ao cuidado, a tratamentos inadequados, à marginalização social e podem inviabilizar a relação entre paciente e provedor de saúde. Além disso, contribuem para reforçar sentimentos de rejeição ou isolamento dos indivíduos estigmatizados, o que amplia a barreira ao recebimento do cuidado adequado. (MODGILL et al., 2014). As posturas dos provedores de saúde influenciam escolhas de sua prática diária e, para que estas sejam otimizadas, o estabelecimento de uma relação positiva entre eles e seus pacientes é um componente essencial. Porém, se um profissional da saúde endossa crenças estigmatizadas relacionadas à doença mental como “perigoso”, “culpado por sua condição”, “tendo comportamento infantil”, “demandando cuidado constante”, “necessitando que se decida por ele”, “refratário à melhora”, por exemplo, é menos provável que os elementos de um bom vínculo venham a se desenvolver. Desta forma, os desfechos do tratamento ficam ameaçados. (CHARLES; BENTLEY, 2017).

3.4. Comorbidade entre doença mental e doença física

Poderíamos nos referir a condutas associadas ao estigma em cenários de tratamento de doentes psiquiátricos, porém quando observamos atendimentos de pacientes com doenças orgânicas não é incomum que estas ocorram em indivíduos com transtornos mentais associados. As doenças físicas costumam atingir mais da metade dos pacientes com doenças mentais, especialmente entre idosos. Pacientes com doenças orgânicas associadas a transtornos mentais costumam apresentar maior incapacidade funcional e ocupacional, pior qualidade de vida e

aceleração da mortalidade (MITCHELL; MALONE; DOEBBELING, 2009). Dependendo do grau de severidade de suas psicopatologias, estes pacientes costumam apresentar carências quanto às habilidades de organização e comunicação para se comprometerem com tratamentos regulares ou planejamentos terapêuticos. Além disso, ao buscarem atendimentos para queixas físicas sentem-se rotulados e triados como “psiquiátricos” e não se sentem bem-vindos (VAN NIEUWENHUIZEN et al., 2013). Entretanto, com o movimento global de retirada dos pacientes dos hospitais psiquiátricos ou dos antigos “manicômios” ou dos “hospícios”, cada vez mais pacientes com transtornos mentais têm sido tratados em hospitais gerais por profissionais da saúde generalistas e não, necessariamente, preparados para o atendimento à saúde mental (MINAS et al., 2011). Alguns trabalhos já apontam que o estigma presente neste cenário possa ser uma das justificativas para uma pior assistência à saúde desta população (VAN NIEUWENHUIZEN et al., 2013) e consequentes desfechos atribuíveis a esta.

3.5. Acesso a tratamentos por pacientes com e sem transtornos mentais

Mitchel e colegas (2009) conduziram uma revisão sistemática de 31 estudos comparativos que examinaram a qualidade do cuidado médico a aqueles com e sem diagnóstico de transtornos mentais e/ou abuso de substâncias (MITCHELL; MALONE; DOEBBELING, 2009). Apesar da variabilidade de efeito encontrada, os autores apresentaram evidências demonstrando pior qualidade do atendimento à saúde de pacientes com diagnósticos de transtornos mentais psicóticos ou transtornos por abuso de substâncias no tratamento de doenças isquêmicas coronarianas (DRUSS et al., 2000), de diabetes (DESAI et al., 2002), de HIV e de hepatites (HIMELHOCH et al., 2007) e de câncer (PARRISH et al., 2005). Portanto, dados vêm sendo apresentados na literatura corroborando o fato de que pacientes com transtornos mentais, em especial aqueles com transtornos mentais graves (transtornos de humor graves, transtornos psicóticos e transtornos por uso de substâncias), sofrem prejuízos em relação à qualidade da assistência à saúde que recebem também como resultado do estigma aos quais estão expostos. Neste momento, caberia a seguinte reflexão: será que os pacientes com quadros de psicopatologias mentais menos evidentes, como transtornos de humor ainda não-diagnosticados, transtornos de ansiedade ou transtornos de personalidade também não estariam sujeitos ao estigma nos ambientes de tratamentos de patologias orgânicas?

3.6. O paciente difícil

Nas unidades clínicas e cirúrgicas de hospitais gerais, os profissionais da saúde atendem pacientes aos quais se referem muitas vezes como “pacientes difíceis” ou “pacientes-problemas”. James Groves (1968) foi um dos primeiros autores a descrever as características dos “pacientes detestáveis” através de uma variedade de comportamentos relacionados a estados de profunda dependência de cuidado, que despertam sentimentos negativos na maioria dos médicos. Classifica-os em estereótipos capazes de provocar aversão, medo, desespero e mesmo pura maldade em seu médico ou seu provedor de saúde. Estes pacientes poderiam lhes fazer sentir-se incapaz de cuidar, provocar uma tendência inconsciente à punição do paciente ou de si mesmo, deixar de confrontá-lo apropriadamente, tentar evitá-lo desesperadamente ou expulsá-lo do ambiente de cuidado a sua saúde. São quatro os esterótipos propostos por Groves: a) aderentes dependentes; b) demandantes empoderados; c) rejeitadores manipulativos de ajuda e; d) negadores auto-destrutivos. Os **aderentes dependentes** (“*dependent clingers*”) mostram-se genuinamente agradecidos pelo cuidado recebido e, inicialmente seduzem o profissional da saúde a lhes acompanhar. Contudo, com o tempo, escalonam suas solicitações desde algo inofensivas e apropriadas a repetitivas, obcecadas, demandantes de explicações intermináveis, de afetos, de analgésicos e de todas as formas de atenção possíveis. Veem-se com necessidades insaciáveis e percebem os cuidadores como seres inesgotáveis. No momento em que são encaminhados a outro profissional sentem-se rejeitados, como de fato muitas vezes acabam sendo. Os **demandantes empoderados** (“*entitlement demanders*”) se assemelham ao anterior em relação a suas necessidades insaciáveis. Porém, ao invés da sedução inconsciente ou da bajulação, utilizam-se da intimidação, desvalorização e indução de culpa para colocar o cuidador na posição de disponibilidade inesgotável. Aproveitam-se de sua posição de demandante avalizado pela situação de doença em que estão. Costumam se comportar de forma hostil e utilizar-se de ameaças como forma de controlar o profissional que lhe atende. Consideram-se merecedores inatos de atenção, como se fossem seres superiores a quem lhes cuida. Intimidado, o provedor teme por sua reputação e vivencia a relação com fúria e vergonha, muitas vezes se submetendo a suas demandas por medo de represálias. Os **rejeitadores manipulativos de ajuda** (“*manipulative help-rejecters*”), apesar de necessitarem de amparo emocional insaciável, não costumam ser sedutores, nem hostis como os dois anteriores. Eles parecem crer que nenhum regime de tratamento ajudará. Apesar de saírem aparentemente satisfeitos com o que obtiveram retornam diversas vezes por falhas nos regimes terapêuticos. Quanto maior o entusiasmo percebido no profissional da saúde, mais pessimistas e tendenciosos

costumam mostrar-se. Demandam o provedor de forma inesgotável e, assim, lhe desperta estados de ansiedade, irritação, depressão e insegurança. Quando um sintoma deixa de existir, outro misteriosamente surge em seu lugar. O sintoma é necessário para preservar a relação de cuidado e faz o paciente submeter-se a diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Daí são acusados de “masoquistas” ou de busca de um não-justificado “ganho secundário”. Em casos extremos e patológicos, podem manipular sinais ou sintomas como forma de manter o vínculo de cuidado (por exemplo, contaminar um cateter venoso, aquecer um termômetro, mudar por si a dose das medicações). Os **negadores auto-destrutivos** (“*self-destructives deniers*”) atuam conscientemente ou inconscientemente contra si próprios (por exemplo, bebem álcool mesmo em estado avançado de cirrose alcoólica; fumam apesar de uma limitação respiratória secundária à doença pulmonar pelo tabagismo). Também são dependentes do cuidado e encontram sua redenção na auto-destruição. Parecem esforçar-se em derrotar os médicos quanto a suas tentativas de preservar suas próprias vidas. Eles podem representar um comportamento suicida crônico e, frequentemente, eles deixam-se morrer precocemente (GROVES, 1968).

Revisando os estudos mais recentes sobre o tema, uma pesquisa com mais de 500 pacientes adultos em uma clínica de atenção primária, Jackson e Kroencke descreveram que os médicos consideravam mais de 15% de seus pacientes como sendo “pacientes difíceis”. Estes pacientes tinham como características apresentarem diagnóstico de transtorno depressivo ou de ansiedade, baixa capacidade funcional, expectativas de atendimento não atendidas, baixa satisfação e elevado uso dos serviços de cuidado à saúde (JACKSON; KROENKE, 1999). Em um estudo exploratório com 73 enfermeiras sobre as características e comportamentos dos “pacientes difíceis”, estes foram descritos como demandantes, reclamadores, frustradores e consumidores de tempo, manipuladores, rudes, irracionais e não-cooperativos (PODRASKY, 1988). Outro estudo, os descrevem como aqueles que despertam sentimentos negativos, tais como frustração, ansiedade, raiva, culpa, desgosto e senso de incapacidade nos profissionais de saúde que lhes cuidam. Podem não aderir ao tratamento, desafiar a equipe quanto às condutas prescritas ou resistir à construção de uma aliança terapêutica (STROUS; ULMAN; KOTLER, 2006). Ademais, levam os profissionais da saúde a sentirem-se envergonhados em relação a suas concepções profissionais e preocupados com suas capacidades de prover o cuidado adequado em detrimento a tais sentimentos (BOLAND, 2014).

Haas e colegas descreveram que as questões relativas aos pacientes que dificultavam a relação entre profissional de saúde e paciente incluíam transtornos psiquiátricos, transtornos de personalidade não-diagnosticados e traços de comportamentos sub-clínicos (HAAS et al.,

2005). Portanto, as pesquisas demonstram que frequentemente o conceito de “paciente difícil” no cenário do hospital geral parece estar associado a indivíduos em acompanhamento para suas patologias clínicas ou cirúrgicas com psicopatologias (por exemplo, transtornos de humor, transtornos por uso de substâncias ou transtornos de personalidade) não diagnosticadas ou inadequadamente tratadas. Porém, também demonstram que este conceito contempla um grupo de pacientes com características não necessariamente patológicas, tais quais as de serem opositores, altamente demandantes, consumidores de tempo, hostis, ameaçadores entre outras já citadas. Este trabalho baseou-se no conceito descrito por Koekkoek e colegas em que definem “pacientes difíceis” como aqueles que *geralmente oferecem uma dificuldade de cooperação na relação com os profissionais de saúde e que, apesar de buscarem o tratamento espontaneamente, não aceitam prontamente o que lhes está sendo oferecido* (KOEKKOEK; VAN MEIJEL; HUTSCHEMAEKERS, 2006).

3.7. Justificativa

Existem poucos estudos científicos avaliando o quanto a comorbidade com transtornos mentais pode influenciar na qualidade do atendimento de profissionais de saúde em pacientes clínicos e cirúrgicos. (HEIM et al., 2018). Ademais, os poucos trabalhos que existem restringem-se à investigação destas posturas ou comportamentos relacionados a pacientes com diagnósticos de transtornos mentais mais graves tais como quadros psicóticos, transtornos de humor graves ou transtornos por abuso de substâncias e em diversos ambientes de atendimento à saúde. Dessa forma, a literatura carece de trabalhos que investiguem o estigma dos profissionais de saúde associado a pacientes com transtornos psiquiátricos como depressão, ansiedade, transtornos de personalidade ou mesmo com características de personalidade que possam desencadear reações comportamentais e cognitivas de difícil manejo, como ocorre com os aqui descritos “pacientes difíceis” no cenário de internações dos hospitais gerais. Como este perfil de pacientes carrega consigo um rótulo, um estereótipo, uma separação entre grupos (“nós” e “eles”) e uma perda de “status”, pode estar sujeito à discriminação dentro de um ambiente de exercício de poder como o da relação entre paciente e profissional de saúde. Assim, acometidos ou não por transtornos mentais, podem estar sujeitos ao estigma por parte de quem os cuida nos cenários de atendimento a sua saúde, bem como os pacientes com psicopatologias mais graves estão. A compreensão das características do estigma dos provedores associado a este perfil de pacientes e a análise de como aquele pode impactar na qualidade do seu

atendimento pode ser um elemento fundamental no desenvolvimento de técnicas psicoeducativas que auxiliem os profissionais da saúde a lidar com estas dificuldades.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Elaborar um material educativo sobre os estigma de profissionais de saúde que atuam na internação de pacientes clínicos e cirúrgicos de um hospital geral privado a pacientes contemplados pelo estereótipo de “paciente difícil”.

4.2. Secundários

Realizar uma revisão narrativa de escalas sobre o estigma à doença mental e sua associação com o constructo “paciente difícil”; elaborar um questionário exploratório que avalie o estigma de profissionais de saúde associado a pacientes difíceis e; aplicar o instrumento em uma amostra de profissionais de saúde de diversas áreas que atuam no cenário de internação de pacientes clínicos e cirúrgicos de um hospital privado.

4.3. Hipótese de pesquisa

Os profissionais de saúde de um hospital geral da rede privada apresentam estigma ao “paciente difícil” demonstrado por elevada pontuação em questionário exploratório de estigma à doença mental adaptado para o conceito de “paciente difícil”.

5. MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho foi desenvolvido basicamente em 4 (quatro) etapas principais: 1) revisão narrativa das escalas de avaliação ao estigma à doença mental adaptada ao conceito de “pacientes difíceis”; 2) elaboração do instrumento de avaliação; 3) aplicação do instrumento elaborado à população-alvo e análise de seus resultados; 4) elaboração do produto-resultado da pesquisa (descrito na seção “Resultados”).

5.1. Quanto à revisão narrativa das escalas de avaliação do estigma à doença mental adaptada ao conceito de “pacientes difíceis”

Considerando-se que já existem instrumentos de avaliação do estigma relacionado a transtornos mentais diagnosticados, foi realizada uma revisão narrativa de forma a selecionar aqueles que contemplassem o estigma à doença mental associado ao conceito de “pacientes difíceis”. Para isso, buscou-se nas principais bases de dados (Medline, Scielo, Lilacs, PsycInfo) trabalhos científicos com os seguintes termos de busca: “stigma”, “prejudice”, “mental health”, “mental disorders”, “difficult patient”, “complaining patient”, “psychopathology”, “measuring”, “scales”, “tools”, “psychometric properties”, “evaluation”, “discrimination”, “estigma”, “escalas”, “avaliação”, “paciente difícil”, “paciente poli-queixoso”, “saúde mental”, “transtorno mental”, “discriminação”, “preconceito”. A partir desta busca foram identificadas 15 (quinze) escalas que avaliavam o estigma associado à doença mental. As escalas consistem em itens de afirmativas acerca do tema com uma avaliação por escala “*Likert*” em relação a cada uma dessas afirmativas. Dessas 15 escalas foram selecionadas 5 (cinco) que abordavam o estigma associado especificamente a **profissionais da saúde**. Dessas 5 escalas, 4 (quatro) delas já estão validadas sendo que somente uma delas foi traduzida para o português e 1 (um) dos instrumentos consiste em um questionário não-validado. Entretanto, nenhum dos instrumentos encontrados avaliavam o estigma à doença mental em populações descritas sob o conceito de “pacientes difíceis”. Assim, foi iniciado o processo de construção de um novo instrumento que pudesse contemplar os objetivos da presente dissertação.

5.2. Quanto à elaboração do instrumento de avaliação

5.2.1. “Questionário Exploratório” de avaliação do estigma de profissionais de saúde aos pacientes difíceis:

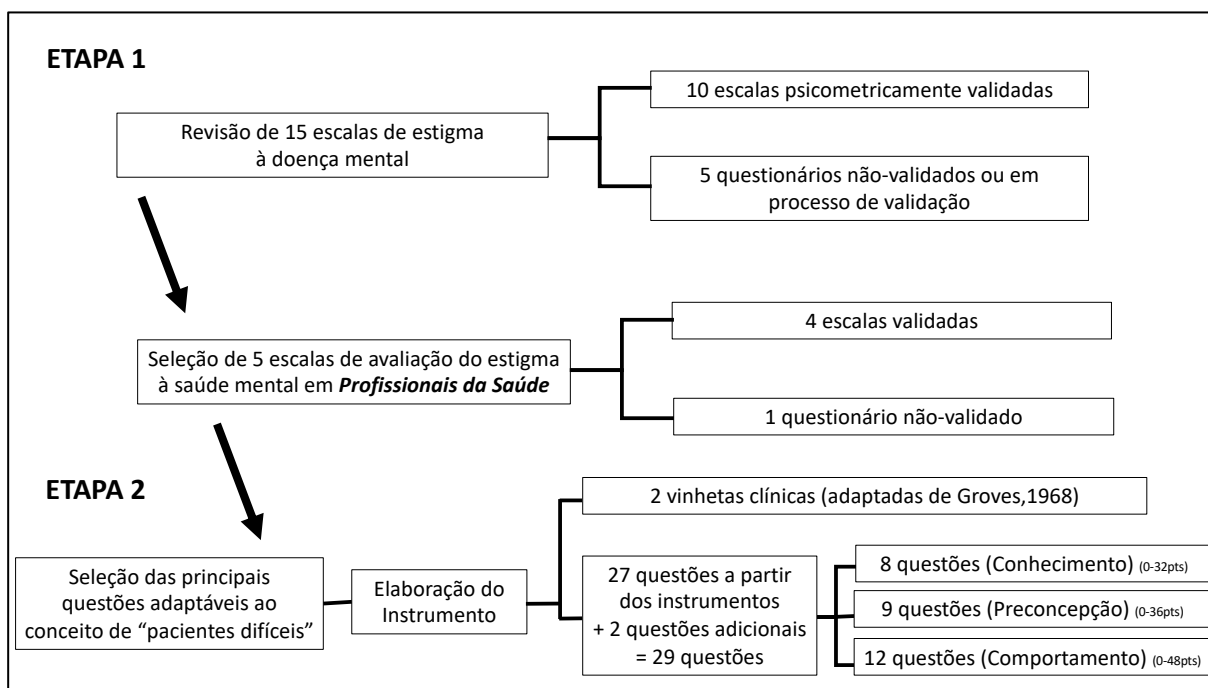
A partir das escalas revisadas, foram selecionadas 27 (vinte e sete) afirmativas que melhor se adaptavam ao estigma associado ao conceito de “**paciente difícil**” e foram incluídas 2 (duas) afirmativas adicionais elaboradas pelos autores deste trabalho. Estas foram: “5) *Estes pacientes precisam de suporte psicológico ou psiquiátrico.*” e “27) *Esses pacientes costumam receber um tratamento de pior qualidade se comparados a outros pacientes.*”.

O instrumento de avaliação elaborado consistiu em um questionário auto-aplicável do tipo “*Likert*”, na língua portuguesa, com um total de 29 (vinte e nove) afirmativas. A partir das afirmativas propostas, os participantes marcavam uma das seguintes alternativas: a) *discordo completamente*; b) *discordo*; c) *nem discordo, nem concordo*; d) *concordo* e; e) *concordo plenamente*. Nesta ordem, a cada resposta era atribuída uma pontuação que variava de 0 (zero) (discordo completamente) a 4 (quatro) (concordo plenamente). A partir do somatório das respostas obtinha-se os escores de estigma. Portanto, a pontuação mínima do instrumento proposto era 0 (zero), indicando um menor estigma, e a máxima era 116 (cento e dezesseis) (29 itens multiplicados por pontuação 4 em cada um deles), indicando um maior estigma. O instrumento está à disposição para avaliação no APÊNDICE 1. Para esta coleta, foi elaborado um questionário on-line em plataforma do Googleforms. O acesso à plataforma on-line “Googleforms” está disponível através do link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeFPLYoph_7PcTaph4XsaZfJiUi8tgQk4OuISk9K8eb2N-o3w/viewform?usp=sf_link

Buscou-se elaborar um instrumento que contemplasse questões aleatoriamente distribuídas acerca dos três domínios descritos por Thornicroft: conhecimento (“*knowledge*”), preconceções (“*attitudes*”) e comportamentos (“*behaviors*”)(THORNICROFT, G., ROSE, D., KASSAM, A., & SARTORIUS, 2007). Portanto, o questionário contempla 8 (oito) questões relativas ao domínio “conhecimento”, 9 (nove) questões relativas ao domínio “preconcepções” e 12 (doze) questões relativas ao domínio “comportamentos” (as questões relativas a cada domínio estão apresentadas separadamente em “APÊNDICE 2”). Resultou em um instrumento com pontuações que variavam de 0 (zero) a 32 (8 questões multiplicadas por 4 pontos) quanto ao “conhecimento”; de 0 (zero) a 36 (9 questões multiplicadas por 4 pontos) quanto ao

“preconcepções” e; de 0 (zero) a 48 (12 questões multiplicadas por 4 pontos) quanto ao “comportamentos”. Todas as afirmativas representavam conhecimentos, concepções ou comportamentos que graduavam o estigma por parte de profissionais de saúde ao paciente difícil de no sentido ascendente (de um menor grau para um maior grau de estigma). O fluxograma de elaboração do instrumento está apresentado na FIGURA 1.

FIGURA 1: Fluxograma com detalhamento do processo de elaboração do instrumento denominado neste trabalho como “Questionário Exploratório”:



Como forma de minimizar o viés conceitual de “paciente difícil” bem como o viés de deseabilidade social, incluiu-se duas vinhetas clínicas representativas de casos como os descritos por Groves (GROVES, 1968) e adaptados a nossa realidade.

5.2.2. Investigação Sócio-demográfica:

Ademais, também foi elaborado um questionário padrão sobre características sócio-demográficas tais como: idade, sexo, estado civil, naturalidade e procedência, profissão, local de atuação no hospital, tempo de atuação no H MV, tempo de experiência no atendimento a pacientes, contato com doença mental na família, história pessoal de tratamento psicológico ou psiquiátrico e formação na área de saúde mental. Através deste questionário, os pesquisadores tentaram explorar a presença de associações entre o nível de estigma no âmbito do conceito de “pacientes difíceis” e características diversas desta população específica de profissionais de saúde.

5.2.3. Pesquisa sobre a preferência de tipo de material educativo:

Ao final do questionário se adicionou uma questão que explora qual o meio informativo preferido pelos participantes para receberem informações a respeito do tema em estudo. Assim, buscou-se adaptar o produto às preferências do público-alvo para o qual foi produzido.

5.3. Quanto à realização da pesquisa

5.3.1. Delineamento:

Foi realizado um estudo transversal com adesão por conveniência com os profissionais de saúde da assistência a pacientes internados por patologias clínicas ou cirúrgicas de um hospital privado de Porto Alegre.

5.3.2. Local e período de realização:

A coleta de dados foi realizada ao longo dos meses de outubro de 2020 a março de 2021 no hospital Hospital Moinhos de Vento (H MV) de Porto Alegre. O H MV é um hospital que atende pacientes privados e conveniados. É um hospital de referência local, nacional

(reconhecido pelo Ministério da Saúde como um dos cinco hospitais de excelência do país) e internacional (afiliado a *Johns Hopkins Medicine Internacional* e creditado pela *Joint Commission International*).

Na época da coleta de dados, o hospital dispunha de 492 leitos, sendo que 93 deles eram de tratamento intensivo. Contava com um grupo de 2489 profissionais da saúde na assistência direta a pacientes incluindo todas as áreas investigadas. Oferecia serviços de atendimento de emergência, internação, cirurgias e de investigação clínica de alta complexidade. Não apresentava unidade psiquiátrica. Assim, os pacientes internados para tratamentos orgânicos que apresentavam transtornos mentais diagnosticados ou não, em comorbidade, eram atendidos nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas por profissionais da saúde de diversas áreas.

5.3.3. Amostra:

Foram incluídos no estudo todos os profissionais de nível superior ou médio das áreas da enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social, que atuassem no atendimento de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos no hospital com experiência de pelo menos 3 (três) meses. Aqueles profissionais que atuassem exclusivamente nas áreas administrativas ou de gestão foram excluídos das análises.

5.3.4. Logística da coleta de dados:

O link com o instrumento na plataforma on-line “Googleforms” foi enviado em grupos do aplicativo “Whatsapp” pelas lideranças das áreas da enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social. O envio mediante o uso de grupos de Whatsapp foi o meio sugerido pela equipe da Superintendência Assistencial da instituição como aquele capaz de atingir a todos os profissionais da saúde que estavam em atividade na época da pesquisa. Além da Superintendência Assistencial, a pesquisa ainda contou com o apoio por parte da Direção Clínica, da Superintendência Médica, das chefias médicas e de enfermagem e do Serviço de Relacionamento do Corpo Clínico do hospital como facilitadores da divulgação do instrumento entre a população estudada. Desta forma, almejou-se que a totalidade dos membros cadastrados na assistência à saúde com contratos de trabalho

ou com vínculos de atendimentos de rotina (membros ativos do corpo clínico) no hospital recebessem o convite através do questionário on-line para que participassem da pesquisa.

As primeiras questões do questionário eram referentes aos critérios de inclusão e exclusão. Então, o participante era direcionado a preencher o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) que está à disposição para leitura na “SEÇÃO 2” do APÊNDICE 1 da presente dissertação. Somente após aceitar os termos, o participante era direcionado ao questionário sócio-demográfico, às vinhetas clínicas e ao questionário exploratório. Em testagens-piloto realizadas previamente à pesquisa com 11 profissionais da saúde (2 médicos clínicos, 3 psicólogos e 6 psiquiatras) o tempo médio de dispêndio para o preenchimento foi de cerca de 13 minutos.

Como o objetivo de aumentar o número de participantes do estudo e oferecer novas oportunidades para sua participação na pesquisa, o instrumento on-line foi enviado em diversos momentos ao público-alvo. Ao longo do mês de outubro de 2020, os questionários foram enviados aos participantes em intervalos regulares de 10 dias pelas lideranças de cada grupo profissional. A partir de então, foram novamente enviados aos grupos pelas suas lideranças com uma regularidade mensal nos meses subsequentes de novembro e dezembro de 2020 e janeiro, fevereiro e março de 2021. Excetua-se a esta logística, o grupo da área medicina, que recebeu o questionário em somente dois momentos, com intervalo mensal, nos meses de outubro e novembro de 2020. Este envio foi mediado pela central de relacionamento com o corpo clínico do hospital por orientação da liderança médica da instituição. Apesar de abrir-se uma exceção à pesquisa em questão com o grupo de profissionais da área medicina, o envio do questionário ficou condicionado a ser realizado em somente dois momentos. Os candidatos que não responderam aos questionários após as abordagens descritas acima foram considerados como não tendo interesse de participar do presente estudo.

5.3.5. Análise dos resultados:

Os dados resultantes da pesquisa foram analisados sob a supervisão de uma profissional da estatística do HCPA. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as variáveis quantitativas, por médias e desvios-padrão ou medianas e amplitudes inter-quartílicas. A adesão à normalidade das variáveis quantitativas foi realizada através da avaliação dos gráficos de probabilidade normal. Foi utilizada a correlação de

Spearman para estimar a associação entre variáveis quantitativas. Para comparar os escores totais médios entre as categorias das variáveis sexo, cidade natal, formação, presença de transtorno mental na família e história prévia de tratamento foi utilizado o Teste T de Student e para comparar os escores totais médios das categorias de estado civil foi utilizada Análise de Variâncias (ANOVA). O nível de significância de 5% foi adotado em todos os testes. Todas as análises foram realizadas através do software estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 18.

5.3.6. Aspectos éticos e legais:

O estudo seguiu as recomendações da **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde** e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), do HMV e da Plataforma Brasil, sob o número 35516620.8.0000.5327. Todos os participantes aceitaram os termos e condições apresentadas pelo TCLE, uma vez que não era possível acessar as demais sessões do questionário on-line sem a marcação digital de leitura e aceite desta sessão. Ademais autorizaram o pesquisador responsável pelo projeto original a utilizarem o banco de dados para análise dos resultados.

6. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 148 profissionais. Destes, foram analisados os resultados de 144 deles, visto que 4 participantes foram excluídos por não apresentarem experiência no cuidado direto a pacientes e estarem envolvidos em funções exclusivamente gerenciais ou administrativas. A amostra estudada foi caracterizada em sua maioria por participantes do sexo feminino (n=110), com idades entre 25 e 45 anos (n=100), com mais 5 anos de experiência tanto no atendimento de pacientes (n=106) quanto na instituição que acolheu o estudo (n=72). Em relação ao público-alvo total, a pesquisa apresentou uma baixa adesão das áreas da medicina (5,9%*, 52 participantes de um total de 880 médicos), enfermagem (2,6%, 41 participantes de um total de 1550 enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem) e farmácia (6,7%*, 2 participantes foram selecionados para a amostra de um total de 30 farmacêuticos(as)). Destaca-se a adesão das demais áreas da saúde: fonoaudiologia (100%*), psicologia (83,3%*), nutrição (33,3%, 12 participantes de um total de 36 nutricionistas e técnicos de nutrição), fisioterapia (35,4%*) e serviço social (33,3%*). A média de pontuação do escore de estigma total da amostra foi de 49,9 (desvio padrão = 12,3). Os dados principais analisados estão resumidos na TABELA 1.

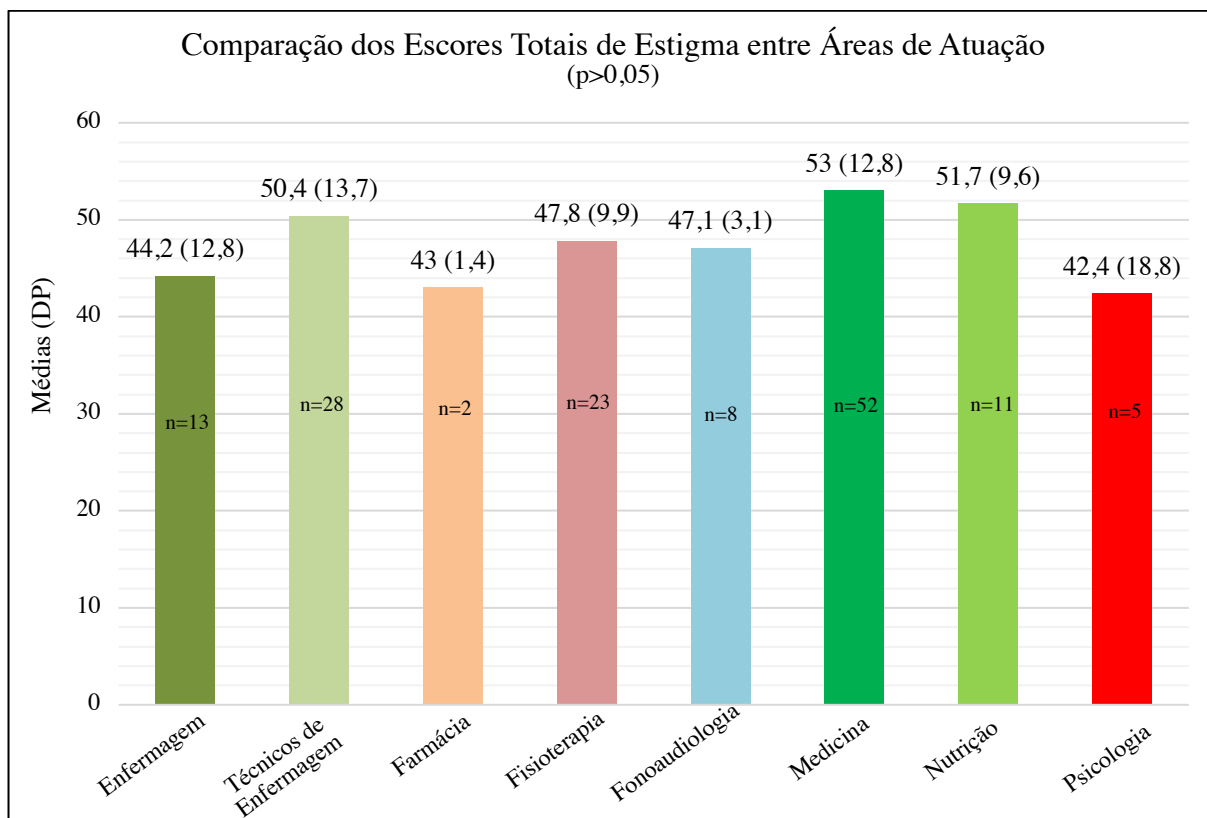
* os percentuais assinalados referem-se ao número de participantes da amostra em relação ao total de indivíduos da categoria profissional que atuavam no hospital na época da pesquisa

TABELA 1: Descrição das características da amostra de 144 participantes da pesquisa realizada no Hospital Moinhos de Vento (HMV) do período de outubro de 2020 a março de 2021.

Variáveis	N(%)
Sexo	
Masculino	34(24)
Feminino	110(76)
Idade	
19 - 25 anos	13(9)
25 - 35 anos	64(44)
35 - 45 anos	36(25)
45 - 55 anos	19(13)
55 - 65 anos	9(6)
>65 anos	3(2)
Área de atuação	
Enfermagem	13(9)
Técnicos de Enfermagem	28(19,4)
Farmácia	2(1,4)
Fisioterapia	23(16)
Fonoaudiologia	8(5,6)
Medicina	52(36)
Nutrição	11(7,6)
Técnicos de Nutrição	1(0,7)
Psicologia	5(3,5)
Serviço Social	1(0,7)
Tempo de experiência	
0 - 1 ano	8(5,6)
1 - 5 anos	30(20,8)
> 5 anos	106(73,6)
Tempo de atuação no local	
0 - 1 ano	28(19,4)
1 - 5 anos	44(30,6)
> 5 anos	72(50)

A média do escore de estigma dos profissionais da enfermagem foi 44,2 (desvio padrão = 12,8). A média dos técnicos de enfermagem foi de 50,4 (desvio padrão = 13,7). De uma população de 250 enfermeiros(as) somente 13 (5,2%) responderam ao questionário e, entre os 1300 técnicos(as) de enfermagem, somente 28 (2,2%) responderam. Dentre os 65 fisioterapeutas, 23 (35,4%) responderam à pesquisa. A média do escore foi de 47,8 (desvio padrão = 9,9) entre estes profissionais. Todos os profissionais da fonoaudiologia responderam ao questionário e apresentaram o escore com média de 47,1 (desvio padrão = 3,1). A população de médicos também ficou sub-representada. Dos 880 médicos atuantes no hospital, 52 (5,9%) responderam à pesquisa. A média nesta população foi de 52,9 (desvio padrão = 12,8). Entre os 23 nutricionistas, 11 (47,8%) responderam ao questionário. A média do escore de estigma entre eles ficou em 51,7 (desvio padrão = 9,6). Dentre os profissionais da psicologia, 5 (83,3%) num total de 6 responderam ao questionário. A média entre estes profissionais foi de 42,4 (desvio padrão = 18,8). Em termos absolutos, os demais participantes dos grupos de profissionais da serviço social (N=1), técnicos(as) de nutrição (N=1) e da farmácia (N=2), ficaram representados com um número baixo para se avaliar diferenças de seus escores de estigma em comparação aos demais grupos. Mesmo assim, em termos relativos, a taxa de resposta da serviço social ficou em 33,3%. A totalidade de participantes destes grupos foi de 4 profissionais, o que representou 2,7% da amostra estudada. As médias e desvios-padrão dos escores de estigma para cada uma das categorias profissionais consideradas na análise estão apresentados na FIGURA 2.

FIGURA 2: Demonstração gráfica das médias com seus respectivos desvios padrão dos escores de estigma em cada um dos grupos de profissionais estudados.



* Foram excluídos os grupos profissionais com 1 (um) único participante (Serviço Social e Técnicos(as) de Nutrição).

Se forem analisados os resultados dos escores de estigma em categorias de níveis baixo (0 – 38), médio (39 – 77) ou alto (77 – 116), a amostra, independentemente do grupo profissional, concentrou-se na categoria média. Além disso, ainda foram realizadas análises de cada uma das dimensões (domínios) propostas pelo instrumento de coleta (conhecimento, preconceções e comportamentos) que, porém, não demonstraram diferenças entre elas em nenhum dos grupos profissionais estudados.

Ainda foram analisados os coeficientes de correlações dos escores de estigma com a idade (Coeficiente de Correlação = 0,024), com o tempo de experiência profissional (Coeficiente de Correlação = 0,057) e com o tempo de atuação no hospital do estudo (Coeficiente de Correlação = 0,077), porém nenhum deles apresentou significância estatística.

6.1. Produto

6.1.1. Proposta:

Como os resultados deste estudo exploratório não demonstraram diferenças entre as dimensões na amostra estudada, o material-produto desta dissertação propõe-se a oferecer conteúdos relacionados às 3 (três) dimensões do estigma: conhecimento, preconceções e comportamentos. Ademais, na questão relativa à preferência do meio através do qual os participantes desejariam receber informações sobre o tema, a maioria dos participantes (82 dos 148, ou seja, 55% da amostra) escolheu “conteúdos informativos breves através de links por whatsapp (vídeos, áudios, infográficos, textos, artigos, etc.)”. Assim, foram elaborados conteúdos breves de áudio na forma de 4 (quatro) episódios no formato de “podcasts” de uma série denominada “*Lidando com o Estigma aos Pacientes Difíceis*”.

6.1.2. Operacionalização:

Os conteúdos de áudio foram gravados no formato digital e editados através do uso do programa “Movavi Video Editor Plus 2020” pelo autor desta dissertação. A partir daí, os arquivos digitais produzidos foram incluídos num novo episódio elaborado através da plataforma digital disponível gratuitamente no site “Anchor.fm”. Além de permitir a edição de episódios no formato de áudio, esta plataforma também publica os conteúdos produzidos em diversas outras plataformas de divulgação de conteúdos de áudio como “Spotify”, “CastBox”,

“Web Browse”, “Anchor”, entre outras. Assim, os conteúdos educativos produzidos foram disponibilizados gratuitamente através desses meios digitais. Os episódios da série “*Lidando com o estigma aos pacientes difíceis*” podem ser acessados no “Spotify” através do link: https://open.spotify.com/episode/106w0v1VoZIMPkzGoNVty2?si=shxcPU84SiqrQrsb83LWgQ&dl_branch=1.

6.1.3. Conteúdo educativo:

Cada episódio desta série apresenta informações relativas ao tema, tem duração de em torno de 5 minutos cada e estão organizadas da seguinte forma:

Episódio 1 – Os Pacientes Difíceis

Apresenta o conceito de "Pacientes Difíceis", os quatro estereótipos descritos por James Groves (1968), revisões de estudos que descrevem as principais características associadas a esses pacientes, a prevalência deles e sua relação com os transtornos mentais.

Episódio 2 – O Estigma e os Pacientes Difíceis

Apresenta o conceito de estigma e os elementos necessários para seu processo de consolidação. A partir daí, realiza-se uma reflexão embasada em dados da literatura sobre o estigma no contexto dos pacientes de difícil manejo.

Episódio 3 – Os Pilares de Sustentação do Estigma

Apresenta os três principais domínios que estão relacionados à manutenção do estigma em diversos cenários: o conhecimento, as concepções e os comportamentos. Relaciona os domínios ao contexto dos pacientes difíceis. Apresenta também o conceito de "Ofuscamento Diagnóstico" (JONES; HOWARD; THORNICROFT, 2008) e sua relação com o atendimento de pacientes de difícil manejo.

Episódio 4 – Estratégias de Manejos aos Pacientes Difíceis

Apresenta estratégias para a construção de uma relação terapêutica mais eficiente com os pacientes de difícil manejo. As estratégias apresentadas são frutos de uma breve revisão sobre o tema e baseadas, principalmente, na abordagem "CALMER" (HUANG et al., 2015). O episódio também proporciona uma consulta mais aprofundada sobre estratégias de

enfrentamento do estigma por parte de profissionais de saúde à saúde mental dos pacientes através de alguns materiais disponibilizados na forma de links.

Os textos elaborados para a gravação de cada um dos episódios estão apresentados em APÊNDICE 3.

7. DISCUSSÃO

O presente trabalho se propôs a introduzir o tema estigma em um cenário clínico de atendimento de pacientes de difícil manejo. Os pacientes rotulados como “difíceis” pelos provedores de saúde comumente são indivíduos que apresentam transtornos mentais em comorbidade (HAAS et al., 2005; JACKSON; KROENKE, 1999). A sintomatologia presente em seus quadros muitas vezes torna o cenário de atendimento a sua saúde um desafio por si só (VAN NIEUWENHUIZEN et al., 2013). Estes indivíduos costumam demandar mais atenção, queixar-se dos atendimentos recebidos, opor-se às intervenções propostas, criar ambientes de embates com a equipe que lhes cuida ou ter dificuldade de atingir seus objetivos nos tratamentos que buscam (JACKSON; KROENKE, 1999; PODRASKY, 1988; STROUS; ULMAN; KOTLER, 2006). Assim, não é incomum criar-se um ambiente de desconforto na relação provedor-paciente que pode interferir no padrão de qualidade de atendimento a saúde daquele indivíduo (HEIM et al., 2018; VAN NIEUWENHUIZEN et al., 2013).

A literatura já demonstra o prejuízo da qualidade do atendimento de pacientes com transtornos mentais mais graves (DESAI et al., 2002; DRUSS et al., 2000; HIMELHOCH et al., 2007; MITCHELL; MALONE; DOEBBELING, 2009; PARRISH et al., 2005), porém carece de publicações que analisam os reflexos do estigma sobre a qualidade de atendimento de pacientes com transtornos mentais mais discretos. O presente trabalho inova ao realizar uma análise do estigma relacionada a pacientes que são encarados como de difícil manejo em função de características suas de personalidade, de comportamentos ou de reações comumente associadas a transtornos de personalidade ou transtornos mentais mais discretos como depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno por uso de substâncias não diagnosticados, por exemplo. Na literatura foram encontrados alguns instrumentos que analisam aspectos das relações entre provedores de saúde e pacientes de difícil manejo (HAHN et al., 1996; MCGAGHIE; WHITENACK, 1982), porém nenhum deles está em português e, principalmente, não partem do paradigma de estigma desses pacientes como elemento central de sua construção. Por isso, foi percebida a necessidade da elaboração um novo instrumento de coleta de dados. Ou seja, este trabalho também inova ao propor um questionário exploratório em português que tenta integrar questões de outros instrumentos elaborados para pesquisas na área de estigma à doença mental ao contexto de atendimento de pacientes de difícil manejo no hospital.

O objetivo deste trabalho foi explorar as características do estigma ao paciente difícil na população estudada para que servissem como orientação para a criação de um material educativo direcionado aos profissionais de saúde da instituição investigada, que lidam com este perfil de pacientes. Nesta pesquisa, se parte da hipótese de que o estigma já existe em consonância com as revisões sobre o tema. Apesar de não se ter alcançado uma amostra representativa do total de funcionários da instituição estudada, os resultados da pesquisa aceitam a hipótese de estudo de que os profissionais do hospital demonstrariam estigma através da pontuação dos escores relacionados ao conceito de “paciente difícil”. A média de pontuação do escore de estigma entre os profissionais de saúde foi de 49,9 o que caracteriza uma pontuação que ficou no nível médio, caso fôssemos dividir a pontuação total do instrumento em três níveis equidistantes: baixo, médio ou alto. Ademais, esperava-se que a análise dos escores quanto a seus diferentes domínios (conhecimento, preconceções e comportamentos) poderia auxiliar na definição dos focos principais dos conteúdos do material educativo. Porém, a pesquisa não conseguiu demonstrar diferenças significativas de escores em relação a cada um dos domínios, o que resultou na elaboração de um material que aborda os três domínios descritos por Thornicroft e colegas (THORNICROFT, G., ROSE, D., KASSAM, A., & SARTORIUS, 2007).

Há que se destacar também as limitações presentes neste trabalho. A primeira delas refere-se aos conceitos dos termos aqui utilizados como “estigma” ou “pacientes difíceis”. Ambos os conceitos são amplos e poderiam ser considerados vagos. O conceito de “estigma”, mesmo que amplo, se apresenta de forma mais estruturada e já conta com diversas revisões na literatura (BROHAN et al., 2010; CORRIGAN, 2004; GOFFMAN, 1963; LINK et al., 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Já o conceito de “paciente difícil” é utilizado de forma mais heterogênea e refere-se principalmente a duas situações clínicas: a situações clínico-cirúrgicas graves, refratárias ou desafiadoras (CASTELLI et al., 2001; REBULLA, 2001; YONG et al., 2002) e a pacientes com comportamentos que desafiam a relação com o provedor (GROVES, 1968; HAHN et al., 1996), entre outros. Ou seja, o conceito “paciente difícil” destacado nesta dissertação representa somente um dos contextos abordados na literatura. Por isso, com o objetivo de eliminar o viés conceitual relacionado ao termo “paciente difícil” foi utilizado o uso de vinhetas conforme proposto em um dos trabalhos que revisou a pesquisa na área do estigma (LINK et al., 2004).

A segunda limitação destacada é a de que, apesar do instrumento elaborado ter sido construído com base em uma revisão narrativa da literatura sobre a pesquisa do estigma associada à doença mental, em especial, entre profissionais de saúde, não foi aqui utilizado um

instrumento devidamente testado e validado, afinal este não foi encontrado. Foi desenvolvido, portanto, o questionário com o propósito de contemplar os três domínios propostos por Thornicroft associados ao estigma (conhecimento, preconceções e comportamentos). Entretanto, não foi possível, no contexto deste trabalho, realizar a validação do instrumento. Mesmo assim, o questionário serviu como um instrumento exploratório para se conhecer melhor a relação dos profissionais de saúde desta instituição com o estigma relacionado aos pacientes de difícil manejo, permitindo direcionar a elaboração do material educativo para esses profissionais. A testagem e validação deste instrumento poderá ser tema de pesquisa em trabalhos futuros.

A terceira limitação destacada é a baixa adesão dos participantes da pesquisa. Através do apoio da direção, superintendência, relacionamento com o corpo clínico e lideranças do hospital foi operacionalizada a chegada do questionário on-line por pelo menos duas vezes (no caso da medicina) ou três vezes (no caso das demais áreas) à totalidade dos 2489 profissionais de saúde que atuam na instituição, o que propiciou a tentativa de realização de um senso entre a população-alvo. Entretanto, mesmo assim foi obtida a participação de somente 148 deles. O momento em que a pesquisa foi realizada (outubro de 2020 a março de 2021) foi um período de alta demanda de trabalho e afastamentos por parte dos profissionais de saúde em função do aumento do número de casos de infectados em decorrência da pandemia pelo coronavírus (SARS-Cov-2). Isto esteve presente, em especial, entre os profissionais da medicina e da enfermagem. Estas duas categorias representavam, juntas, 2358 profissionais da população estudada, ou seja, 94,7% da população-alvo. Assim, sua baixa adesão representou uma perda significativa do número de participantes da pesquisa. Destaca-se que, apesar da adesão da medicina (5,9%), enfermagem (2,6%) e farmácia (6,7%), as demais áreas apresentaram adesão equivalente as taxas de respostas encontradas em outras revisões que variaram de 30 a 80% (BJÖRKMAN; ANGELMAN; JÖNSSON, 2008; FERNANDO; DEANE; MCLEOD, 2010; KALEBKA; BRUIJNS; VAN HOVING, 2013; MINAS et al., 2011). Estes foram os casos da fonoaudiologia (100%), da psicologia (83,3%), da nutrição (33,3%), da fisioterapia (35,4%) e da serviço social (33,3%).

Outra limitação apontada aqui é a de que o produto que resultou da pesquisa exploratória aqui apresentada pode ter deixado de fornecer informações a respeito de algumas das demandas específicas da população em estudo em relação ao tema deste trabalho. Afinal, houve uma baixa adesão de um número significativo de profissionais de saúde da instituição, o que restringiu os dados a uma amostra não-representativa de todas as categorias profissionais da população

estudada. Apesar disso, foram utilizados os resultados da pesquisa para a elaboração de um produto que contemplasse de forma mais geral o tema de estudo buscando-se alcançar os três domínios que costumam servir de base para as estratégias de combate ao estigma (WALSH; FOSTER, 2021). Talvez o material não contenha elementos que supram demandas mais específicas do público-alvo em relação ao tema de estudo. Contudo, o produto elaborado de forma mais abrangente talvez permita que um público mais amplo se beneficie das informações divulgadas. Os episódios apresentam conteúdos sobre o estigma à saúde mental no contexto dos pacientes difíceis e sobre estratégias de manejo a uma situação clínica comum e difícil para a maioria dos profissionais de saúde, tanto no local da pesquisa, quanto em outros ambientes de atendimento à saúde, em geral.

Apesar das limitações acima descritas, o trabalho resultou na produção de um conteúdo educativo novo, gratuito, de breve consumo, de fácil disseminação, que contribui de forma didática sobre o tema e oferece alguns recursos técnicos para os profissionais de saúde no contato com pacientes de difícil manejo. Além disso, o presente estudo resultou na construção de um instrumento inovador que está apto a passar por um processo de validação, além de apresentar uma metodologia de estudo que poderá ser replicada nesta ou em outras instituições, em um momento mais favorável, cujos resultados podem servir de base para a elaboração de estratégias que visem diminuir o estigma a este perfil de paciente desafiador e aprimorar a assistência prestada a eles.

8. CONCLUSÕES

O trabalho em questão inova ao estudar o estigma associado a um perfil de pacientes que costuma oferecer dificuldades na aliança de trabalho com a maioria dos profissionais de saúde. Propõe um instrumento novo como método de investigação do estigma relacionado a esses pacientes no cenário de atendimento de um hospital geral. Elabora um conteúdo educacional na forma de episódios em “podcasts” com informações sobre o tema e estratégias de manejos a estas difíceis situações clínicas. Ao final, disponibiliza os materiais educativos produzidos através de plataformas virtuais de conteúdos e sugere a testagem e a validação do instrumento elaborado em trabalhos futuros sobre o tema.

9. REFERÊNCIAS

- BJÖRKMAN, T.; ANGELMAN, T.; JÖNSSON, M. Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 22, n. 2, p. 170–177, 2008.
- BOLAND, R. The “problem patient”: modest advice for frustrated clinicians. **Rhode Island medical journal (2013)**, v. 97, n. 6, p. 29–32, 2014.
- BROHAN, E. et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. **BMC Health Services Research**, v. 10, 2010.
- CASTELLI, M. L. et al. Pectoralis major myocutaneous flap: Analysis of complications in difficult patients. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 258, n. 10, p. 542–545, 2001.
- CASTILLEJOS ANGUIANO, M. C. et al. Perceptions about mental illness among general practitioners. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 13, n. 1, p. 1–5, 2019.
- CEDI, C. D. E. L.-. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 e Portarias. p. 5–6, 2001.
- CHARLES, J. L. K.; BENTLEY, K. J. Measuring Mental Health Provider-Based Stigma : Development and Initial Psychometric Testing of a Self-Assessment Instrument. **Community Mental Health Journal**, v. 0, n. 0, p. 0, 2017.
- CLARKE, D. E.; DUSOME, D.; HUGHES, L. Emergency department from the mental health client’s perspective: Feature article. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 16, n. 2, p. 126–131, 2007.
- CORRIGAN, P. How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist**, v. 59, n. 7, p. 614–625, 2004.
- CORRIGAN, P. W. STIGMATIZING ATTRIBUTIONS ABOUT MENTAL ILLNESS. **JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY**, v. 28, n. 1, p. 91–102, 2000.
- CORRIGAN, P. W.; O’SHAUGHNESSY, J. R. Changing mental illness stigma as it exists in the real world. **Australian Psychologist**, v. 42, n. 2, p. 90–97, 2007.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 9, n. 1, p. 35–53, 2002.

CREMONINI, V. et al. Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 32, n. 1, p. 24–30, 2018.

DESAI, M. M. et al. Mental disorders and quality of diabetes care in the veterans health administration. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 9, p. 1584–1590, 2002.

DRUSS, B. G. et al. Mental Disorders and Use of Cardiovascular Procedures After Myocardial Infarction. **JAMA**, v. 283, n. 4, p. 506–511, 2000.

FERNANDO, S. M.; DEANE, F. P.; MCLEOD, H. J. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, n. 7, p. 733–739, 2010.

GIANDINOTO, J. A.; STEPHENSON, J.; EDWARD, K. L. General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 27, n. 3, p. 942–955, 2018.

GOFFMAN, E. **STIGMA - Notes on the management of spoiled identity**. Prentice-H ed. New Jersey: Library of Congress Catalog Card No. 63-19438. Printed in the United States of America. C, 1963.

GROVES, J. E. Taking care of the hateful patient. **NEJM**, v. 298, n. 16, p. 883–887, 1968.

HAAS, L. J. et al. Management of the difficult patient. **American Family Physician**, v. 72, n. 10, p. 2063–2068, 2005.

HAHN, S. R. et al. The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional impairment. **Journal of General Internal Medicine**, v. 11, n. 1, p. 1–8, 1996.

HARANGOZO, J. et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 60, n. 4, p. 359–366, 2014.

HAYWARD, P.; BRIGHT, J. A. Stigma and mental illness : A review and critique Early

- findings Methodology. **Journal of Mental Health**, v. 6, n. 4, p. 345–354, 1997.
- HEIM, E. et al. Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries: A systematic review. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, 2018.
- HIMELHOCH, S. et al. Access to HAART and utilization of inpatient medical hospital services among HIV-infected patients with co-occurring serious mental illness and injection drug use. **General Hospital Psychiatry**, v. 29, n. 6, p. 518–525, 2007.
- HUANG, W. et al. The CALMER Approach : Teaching Learners Six Steps. n. July, 2015.
- JACKSON, J. L.; KROENKE, K. Difficult Patient Encounters in the Ambulatory Clinic. **Archives of Internal Medicine**, v. 159, n. 10, p. 1069, 1999.
- JONES, S.; HOWARD, L.; THORNICROFT, G. “Diagnostic overshadowing”: Worse physical health care for people with mental illness. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 118, n. 3, p. 169–171, 2008.
- KALEBKA, R. R.; BRUIJNS, S. R.; VAN HOVING, D. J. A survey of attitudes towards patient substance abuse and addiction in the Emergency Centre. **African Journal of Emergency Medicine**, v. 3, n. 1, p. 10–17, 2013.
- KOEKKOEK, B.; VAN MEIJEL, B.; HUTSCHEMAEKERS, G. “Difficult Patients” in Mental Health Care: A Review. **Psychiatric Services**, v. 57, n. 6, p. 795–802, 2006.
- LAUBER, C. et al. What about psychiatrists’ attitude to mentally ill people? **European Psychiatry**, v. 19, n. 7, p. 423–427, 2004.
- LINK, B. G. et al. Measuring mental illness stigma. **Schizophrenia Bulletin**, v. 30, n. 3, p. 511–541, 2004.
- LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. n. Lewis 1998, 2001.
- MCGAGHIE, W. C.; WHITENACK, D. C. A Scale for Measurement of the Problem Patient Labeling Process. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 170, n. 10, p. 598–604, out. 1982.
- MINAS, H. et al. Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. **BMC Public Health**, v. 11, 2011.

- MITCHELL, A. J.; MALONE, D.; DOEBBELING, C. C. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: Systematic review of comparative studies. **British Journal of Psychiatry**, v. 194, n. 6, p. 491–499, 2009.
- MODGILL, G. et al. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 1–10, 2014.
- PARRISH, M. M. et al. Older Women with Breast Cancer. **Social Work in Health Care**, v. 40, n. 4, p. 41–59, 2005.
- PESCOSOLIDO, B. A. et al. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1339–1345, 1999.
- PODRASKY, D. S. D. Nurse's Reactions to Difficult Patients. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 20, n. 1, p. 16–21, 1988.
- PROCHASKA, J.; DICLEMENTE CARLO. Stages and processes of self change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 3, p. 390–395, 1983.
- REBULLA, P. Platelet transfusion trigger in difficult patients. **Transfusion Clinique et Biologique**, v. 8, n. 3, p. 249–254, 2001.
- ROTH, D. et al. Attitudes toward mental illness in medical students: Does personal and professional experience with mental illness make a difference? **Medical Education**, v. 34, n. 3, p. 234–236, 2000.
- STROUS, R. D.; ULMAN, A. M.; KOTLER, M. The hateful patient revisited: Relevance for 21st century medicine. **European Journal of Internal Medicine**, v. 17, n. 6, p. 387–393, 2006.
- THORNICROFT, G., ROSE, D., KASSAM, A., & SARTORIUS, N. AUTHOR'S PROOF Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? **British Journal of Psychiatry**, v. 190, p. 192–193, 2007.
- VAN NIEUWENHUIZEN, A. et al. Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. **Epidemiology and**

Psychiatric Sciences, v. 22, n. 3, p. 255–262, 2013.

WALSH, D. A. B.; FOSTER, J. L. H. A Call to Action. A Critical Review of Mental Health Related Anti-stigma Campaigns. **Frontiers in Public Health**, v. 8, n. January, p. 1–15, 2021.

WEINER, B.; PERRY, R. P.; MAGNUSSON, J. Interpersonal Relations and Group Processes: An Attributional Analysis of Reactions to Stigmas. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 55, n. 5, p. 738–748, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human rights. WHO QualityRights Core training - for all services and all people. Course guide.** Geneva: [s.n.].

YONG, Y. et al. Diagnostic accuracy and cost-effectiveness of contrast echocardiography on evaluation of cardiac function in technically very difficult patients in the intensive care unit. **American Journal of Cardiology**, v. 89, n. 6, p. 711–718, 2002.

10. ANEXOS

10.1. Apêndice 1: Versão Final do Instrumento de pesquisa

SEÇÃO 1: Lidando com os "pacientes difíceis"

Olá!

A pesquisa a seguir pretende avaliar as dificuldades relacionadas aos cuidados de pacientes os quais muitos profissionais da saúde se referem como “pacientes difíceis”.

“Pacientes difíceis” costuma ser o termo utilizado por muitos profissionais da saúde para se referirem aqueles que são descritos como solicitantes, queixosos, manipuladores, rudes, irracionais e/ou não-cooperativos. Esses pacientes também costumam despertar sentimentos tais como frustração, ansiedade, raiva, rechaço, culpa e senso de incapacidade nos profissionais da saúde que lhes atendem.

Este instrumento NÃO será usado para avaliação de conhecimento técnico ou de competências no ambiente de trabalho. Suas respostas são de caráter SIGILOSO e serão utilizadas para fins de pesquisa e elaboração de um MATERIAL EDUCATIVO para os próprios participantes sobre estratégias de manejo desses pacientes.

SEÇÃO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: MATERIAL EDUCATIVO SOBRE O ESTIGMA A SAUDE MENTAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAUDE NO ATENDIMENTO DE PACIENTES DE DIFICIL MANEJO DE UM HOSPITAL GERAL

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é caracterizar o estigma relacionado aos chamados “pacientes difíceis” no Hospital Moinhos de Vento (HMV). Estes são pacientes que geralmente impõe bastante dificuldade quanto a seu cuidado por serem

hostis, demandantes, ameaçadores ou não aderirem às condutas prescritas. Também despertam sentimentos de frustração, raiva e desamparo nos profissionais que lhes atendem. Carregam consigo estereótipos que podem gerar estigma com suas consequências.

Conhecer melhor os aspectos relacionados ao estigma associado a estes pacientes nos permitiria elaborar estratégias de educação no manejo deles e de prevenção de eventuais desfechos adversos em seu cuidado. Através das informações coletadas será elaborado um material psicoeducativo destinado a profissionais de saúde sobre o manejo desses pacientes.

Esta pesquisa está sendo realizada como produto de um Mestrado Profissional do Programa de Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em colaboração do Hospital Moinhos de Vento (HMV).

Se você aceitar participar da pesquisa, você será direcionado para responder um questionário on-line com duração de 10 a 20 minutos para seu preenchimento e que consiste em quatro etapas:

- 1) perguntas de inclusão no estudo;
- 2) perguntas sobre aspectos sócio-demográficos dos participantes;
- 3) questionário exploratório sobre a assistência dos aqui denominados “pacientes difíceis” e;
- 4) pergunta sobre o método preferido de acesso ao material produzido a partir deste trabalho e registro de e-mail dos interessados em receber material resultado desta pesquisa.

Algumas perguntas poderão gerar desconforto ao responder, mas você pode interromper a entrevista e desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento. Seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa, e o seu nome não aparecerá na divulgação dos resultados. As informações do estudo serão divulgadas em conjunto, mantendo o anonimato das pessoas estudadas. As questões têm fins exclusivamente de pesquisa para a produção de um material educativo sobre o tema e não serão utilizadas com fins de avaliação de conhecimento técnico ou competências.

Como benefícios, os participantes poderão dispor do material produzido a partir dos dados coletados acerca do tema em estudo, o que poderá contribuir na sua capacitação ao atendimento destes pacientes. Para isso, basta deixar-nos seu e-mail registrado ao final do questionário.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com um dos contatos abaixo:

Dra. Anne Orgler Sordi - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pesquisadora responsável (51) 335596510

Dr. Alexandre Schmidt - Hospital Moinhos de Vento (HMV), pesquisador (51) 995715758

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (51) 33597640 ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Compreendi e estou de acordo em participar da presente pesquisa.

SEÇÃO 3: Questionário de Auto-exclusão

- 1. Você é um profissional da área da saúde?** SIM NAO
- 2. Qual sua área de atuação?**
 - Enfermagem
 - Enfermagem (Técnico em Enfermagem)
 - Fisioterapia
 - Fonoaudiologia
 - Medicina
 - Nutrição

- Nutrição (Técnico em Nutrição)
- Psicologia
- Serviço social
- Outro: _____

3. Você tem experiência de atendimentos a pacientes com doenças clínicas ou cirúrgicas em hospitais há pelo menos 3 meses? SIM NÃO

4. Sua atividade é EXCLUSIVAMENTE administrativa ou de gestão? SIM NÃO

SEÇÃO 4: Questionário Sócio-Demográfico

Idade:

Sexo:

Cor:

Estado Civil:

Em que cidade nasceu:

Em que cidade reside:

Função no hospital:

Local de atuação no hospital:

- Internação
- Ambulatórios
- Bloco Cirúrgico
- Emergência
- Outro: _____

Tempo de atuação no Hospital Moinhos de Vento (em anos):

Tempo de experiência no atendimento de pacientes (em anos):

Formação específica em saúde mental: O SIM O NÃO

Contato com transtorno mental na família: O SIM O NÃO

História pessoal de tratamento psicológico ou psiquiátrico: O SIM O NÃO

Se “SIM”, por quanto tempo (em anos):

SEÇÃO 5: Questionário Exploratório

Como exemplos, lhes apresentamos duas vinhetas curtas de casos que costumam ser desafiadores para qualquer profissional da saúde. Acompanhe:

CASO 1:

“Homem, 51 anos de idade, advogado especializado em processos que envolvem acusações a profissionais da saúde, foi diagnosticado com câncer de pulmão, ainda em investigação. Ele minimiza a gravidade da doença, porém ameaça “nas entrelinhas” processar quem tomar uma postura incorreta quanto aos seus cuidados. Muitas vezes, de maneira arrogante, manifesta que a equipe está sendo incompetente e que estão demorando muito para decidir sobre seu tratamento. Todavia, geralmente questiona o tratamento oferecido, informando que não concorda com a conduta e demanda mais e mais exames e avaliações. (adaptado de Groves, 1968).”

CASO 2:

“Mulher, 47 anos de idade, internou para investigar um quadro de dor e fadiga. Foi diagnosticada com uma doença reumatológica crônica e lhe foi explicada a natureza benigna de seu caso, bem como o tratamento a ser tomado para prevenção das crises. Ela pareceu compreender bem e responder inteligentemente com questionamentos pertinentes acerca do seu futuro com relação à doença. Pouco tempo depois voltou a chamar a equipe, pois queria mais algumas explicações sobre seus sintomas e tratamento. Nos dias que se seguiram, seus

chamados se tornaram cada vez mais frequentes, atrapalhando a rotina dos profissionais que a assistiam, geralmente com os mesmos questionamentos e queixas subjetivas frequentes de dor e a fadiga, apesar da medicação estar em dose plena e de não haver sinais objetivos dos sintomas. (adaptado de Groves, 1968).”

Considerando sua experiência profissional com situações semelhantes, responda:

- 1 = discordo totalmente
- 2 = discordo
- 3 = nem concordo, nem discordo
- 4 = concordo
- 5 = concordo totalmente

1) Às vezes é difícil não ficar irritado(a) com eles.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2) Levam muito tempo para fazer boas escolhas para si mesmos, por isso preciso ajudá-los a escolher.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3) Costumo retornar seus chamados com menor frequência do que a outros.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4) Mesmo que eu tente evitar, às vezes posso ser impaciente com eles.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5) Estes pacientes precisam de suporte psicológico ou psiquiátrico.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6) Às vezes, eu desejaria que eles se apressassem ao falar comigo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7) Me deixam inseguro(a).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8) Quando não aderem aos tratamentos prescritos é porque eles provavelmente não queiram ser tratados.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9) Às vezes, por achar difícil esconder minha irritação diante deles, posso atendê-los mais rapidamente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10) São incapazes de mudar seus comportamentos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11) Quando reviso as opções de tratamento com eles, às vezes eu me vejo enfatizando o que eu preferiria, deixando de lado outras opções disponíveis.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12) Me fazem sentir pena.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13) O plano de tratamento para eles não deve refletir os objetivos deles, mas sim objetivos que sejam realistas para garantir o sucesso do tratamento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14) Não estou disposto(a) a conversar com eles sobre seus problemas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15) Quando percebo que eles não estão se esforçando para sua recuperação eu posso priorizar outras tarefas ao invés de atendê-los.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16) Eles são responsáveis por suas condições.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17) Não revelo a meus(minhas) colegas o quão desconfortável me sinto em atendê-los.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18) Em conversa informal com colegas, talvez eu já tenha usado termos como “malas” ou “loucos(as)” ou “problemas” ou “insuportáveis” para descrevê-los.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19) Se eu os achasse de alguma forma parecidos comigo, eu nunca admitiria isto a meus(minhas) colegas por medo de ser tratado(a) de forma diferente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20) Esses pacientes não merecem o atendimento que eu ofereço a eles.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21) Costumo lhes sugerir continuamente que busquem algum atendimento do qual possam se beneficiar, mesmo quando estão desmotivados para tal.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22) Quando se mostram particularmente mais difíceis, às vezes prefiro não lhes dar explicações sobre seus diagnósticos ou seus tratamentos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23) Me deixam preocupado(a).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24) Quando esses pacientes se queixam de sintomas físicos (náuseas, dor nas costas, dor de cabeça), eu tendo a minimizar tais sintomas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25) Quando me chamam com muita frequência fico irritado(a) com suas necessidades.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26) Em algumas circunstâncias pode ser necessário tomar decisões por eles, sem sua participação, para seu próprio bem.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27) Esses pacientes costumam receber um tratamento de pior qualidade se comparados a outros pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28) Quando os comparo a outros pacientes, confronto-os menos se eles descumprem regras do hospital.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29) Me despertam medo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SEÇÃO 6: Lidando com os "pacientes difíceis"

ETAPA 4 – QUESTAO DE PREFERÊNCIA DE TIPO DE MATERIAL EDUCATIVO

Se você fosse escolher a ferramenta para obter informações a respeito do tema desta pesquisa, qual das abaixo você escolheria?

O Material informativo por áudio ("podcast")

- Curso on-line por ensino à distância (EAD)
- Material com conteúdo escrito em papel (livretos, folhetos, cartilhas, etc.)
- Conteúdos informativos breves através de links por whatsapp (videos, áudios, infográficos, textos, artigos, etc.)
- Outros: _____

Agradecemos a sua participação! Se você tem interesse em receber material resultado desta pesquisa, por favor, deixe seu e-mail abaixo registrado:

10.2. Apêndice 2:

Questões conforme domínios do “Questionário Exploratório”:

Conhecimento

- 2) Levam muito tempo para fazer boas escolhas para si mesmos, por isso preciso ajudá-los a escolher.
- 5) Estes pacientes precisam de suporte psicológico ou psiquiátrico.
- 8) Quando não aderem aos tratamentos prescritos é porque eles provavelmente não queiram ser tratados.
- 10) São incapazes de mudar seus comportamentos.
- 13) O plano de tratamento para eles não deve refletir os objetivos deles, mas sim objetivos que sejam realistas para garantir o sucesso do tratamento.
- 16) Eles são responsáveis por suas condições.
- 20) Esses pacientes não merecem o atendimento que eu ofereço a eles.
- 27) Esses pacientes costumam receber um tratamento de pior qualidade se comparados a outros pacientes.

Preconcepções

- 1) Às vezes é difícil não ficar irritado(a) com eles.
- 4) Mesmo que eu tente evitar, às vezes posso ser impaciente com eles.
- 7) Me deixam inseguro(a).
- 12) Me fazem sentir pena.
- 14) Não estou disposto(a) a conversar com eles sobre seus problemas.

- 19) Se eu os achasse de alguma forma parecidos comigo, eu nunca admitiria isto a meus(minhas) colegas por medo de ser tratado(a) de forma diferente.
- 23) Me deixam preocupado(a).
- 25) Quando me chamam com muita frequência fico irritado(a) com suas necessidades.
- 29) Me despertam medo.

Comportamentos

- 3) Costumo retornar seus chamados com menor frequência do que a outros.
- 6) Às vezes, eu desejaria que eles se apressassem ao falar comigo.
- 9) Às vezes, por achar difícil esconder minha irritação diante deles, posso atendê-los mais rapidamente.
- 11) Quando reviso as opções de tratamento com eles, às vezes eu me vejo enfatizando o que eu preferiria, deixando de lado outras opções disponíveis.
- 15) Quando percebo que eles não estão se esforçando para sua recuperação eu posso priorizar outras tarefas ao invés de atendê-los.
- 17) Não revelo a meus(minhas) colegas o quão desconfortável me sinto em atendê-los.
- 18) Em conversa informal com colegas, talvez eu já tenha usado termos como “malas” ou “loucos(as)” ou “problemas” ou “insuportáveis” para descrevê-los.
- 21) Costumo lhes sugerir continuamente que busquem algum atendimento do qual possam se beneficiar, mesmo quando estão desmotivados para tal.
- 22) Quando se mostram particularmente mais difíceis, às vezes prefiro não lhes dar explicações sobre seus diagnósticos ou seus tratamentos.
- 24) Quando esses pacientes se queixam de sintomas físicos (náuseas, dor nas costas, dor de cabeça), eu tendo a minimizar tais sintomas.
- 26) Em algumas circunstâncias pode ser necessário tomar decisões por eles, sem sua participação, para seu próprio bem.

28) Quando os comparo a outros pacientes, confronto-os menos se eles descumprem regras do hospital.

10.3. Apêndice 3: Textos dos conteúdos de áudio dos “podcasts”.

TÍTULO DA SÉRIE: LIDANDO COM O ESTIGMA AOS PACIENTES DIFÍCEIS

APRESENTAÇÃO

Olá pessoal,

Bem-vindos a série de podcasts “Lidando com o estigma aos pacientes difíceis”. Esta foi elaborada especialmente para os funcionários e colaboradores do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre no Rio Grande do Sul como resultado de uma pesquisa realizada naquele local no período de outubro de 2020 a março de 2021. Esta série é constituída por 4 episódios com duração de em torno de 5 minutos cada. No primeiro episódio nós abordaremos o conceito de “pacientes difíceis” nos ambientes de atendimento à saúde. No segundo episódio, revisaremos o conceito de estigma e qual sua importância em estudá-lo no contexto da assistência aos pacientes difíceis. O terceiro episódio nos apresentará os principais aspectos que costumam sustentar o estigma no processo de atendimento a pacientes de difícil manejo. E, ao final, em nosso quarto episódio, revisaremos algumas das estratégias de manejo a este perfil de pacientes e as alternativas que dispomos para nosso auxílio diante das vivências emocionais neste contexto.

Sejam bem-vindos e aproveitem

Até lá

EPISÓDIO 1 - OS PACIENTES DIFÍCEIS

Olá pessoal, este é o primeiro episódio de uma série sobre um tema ainda pouco explorado no cotidiano dos hospitais: o estigma associado ao paciente difícil. Nesta série, o termo “paciente difícil” não irá se referir a aquele caso clínico ou cirúrgico grave, refratário ou desafiador do ponto de vista orgânico. Ao falarmos em “pacientes difíceis” estaremos nos referindo a pacientes que oferecem dificuldades na relação de tratamento que se constrói entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Afinal, quem são os pacientes difíceis?

Apesar de o estigma a eles ainda ter sido pouco estudado, os pacientes difíceis em si são descritos na literatura pelo menos desde 1968, quando um autor denominado James Groves publicou um artigo no New England intitulado “Cuidando dos pacientes detestáveis”. Neste artigo ele descreve quatro principais estereótipos de pacientes que ele considerava desafiar qualquer um que deles cuidassem.

Resumidamente, descreveremos estes quatro estereótipos.

O primeiro estereótipo descrito é o dos **aderentes dependentes**, caracterizados por serem inicialmente sedutores, porém insaciáveis quanto a suas demandas, cansando o provedor que deles cuidam; o segundo é o dos **demandantes empoderados**, caracterizados por serem controladores, hostis, ameaçadores, intimidadores e também com demandas inesgotáveis; o terceiro é o dos **rejeitadores manipulativos de ajuda**, caracterizados por serem insatisfeitos crônicos, nunca livres de sintomas físicos ou mentais, desesperançosos por natureza com seus tratamentos e; o quarto e último estereótipo é o dos **negadores auto-destrutivos**, caracterizados por estarem sempre envolvidos com atitudes que vão contra sua própria saúde, mesmo que saibam e já tenham sido orientados sobre os riscos que esses atos implicam para ela.

Mais recentemente, outros autores já estudaram as características em comuns dos pacientes que acabam sendo considerados pelos profissionais de saúde como “pacientes difíceis”. Um estudo exploratório com 73 enfermeiras de uma universidade americana sobre as características e comportamentos dos “pacientes difíceis” teve como resultado a descrição destes pacientes como demandantes, reclamadores, frustradores e consumidores de tempo, manipuladores, rudes, irracionais e não-cooperativos.

Outro estudo os descreveram como aqueles que despertam sentimentos negativos, tais como frustração, ansiedade, raiva, culpa, desgosto e senso de incapacidade nos profissionais de saúde que lhes cuidam. Os descreviam, ainda, como aqueles que podem não aderir ao tratamento, desafiar a equipe quanto às condutas prescritas ou resistir à construção de uma aliança terapêutica. Portanto, os trabalhos demonstram a consonância da percepção de um perfil de pacientes que está presente em quaisquer cenários de atendimentos à saúde e que é reflexo de uma relação que se estabelece entre o provedor de cuidado e o paciente.

Será que este perfil é comum entre nossos pacientes? O que acham?

Os trabalhos internacionais apresentam uma prevalência que varia de 15 a 30% dos pacientes sendo considerados com este perfil entre profissionais de saúde.

Num dos maiores já realizados, foram estudados 500 pacientes adultos em uma clínica de atenção primária de Washington nos Estados Unidos e descreveram que 15% deles, ou seja, cerca de 75 foram considerados pacientes de difícil manejo pelos médicos que lhes atendiam.

Foi identificado nestes pacientes que eles apresentavam diagnósticos de transtornos depressivo ou de ansiedade, baixa capacidade funcional, expectativas de atendimentos não atendidas, baixa satisfação e elevado uso dos serviços de cuidado à saúde.

Outro trabalho publicado descreve que as questões relativas aos pacientes que costumam dificultar a relação entre profissional de saúde e paciente incluíam transtornos psiquiátricos, transtornos de personalidade não-diagnosticados e traços de comportamentos sub-clínicos.

Ou seja, muitas vezes quando estamos diante de um paciente difícil podemos estar diante de indivíduos com transtornos mentais não-diagnosticados, como depressão, ansiedade ou transtornos de personalidade, ou de indivíduos com psicopatologias sem tratamentos adequados.

Portanto, os pacientes difíceis já chamam a atenção de quem cuida há muito tempo, já vêm sendo estudados, não são incomuns em nossa prática e, muitas vezes, a dificuldade em seu manejo pode ser resultado de manifestações decorrentes de transtornos mentais não identificados ou não adequadamente tratados, como depressão, ansiedade, uso nocivo de substâncias químicas ou transtornos de personalidade.

No próximo episódio trataremos a reflexão do estigma à saúde mental relacionado ao contexto desses pacientes.

Até lá!!

EPISÓDIO 2 - O ESTIGMA E OS PACIENTES DIFÍCEIS

Olá pessoal, sejam bem-vindos para nosso segundo episódio da série “Lidando com o estigma aos pacientes difíceis”.

Neste episódio, pretendemos ajudá-los a entender melhor como o estigma se associa a esses pacientes. Já vimos em nosso primeiro episódio que pesquisas demonstraram que este perfil de pacientes é comum (com prevalências variando de 15 a 30% de nossos pacientes). Além disso, vimos que costumam ser indivíduos com características clínicas para o diagnóstico de diversas psicopatologias, como transtornos de humor e de ansiedade, transtornos de personalidade ou transtornos por uso de substâncias químicas.

O estigma associado a transtornos mentais graves já é algo bem documentado na literatura, mas será que neste contexto também não cabe tal reflexão?

Para explorarmos o tema no contexto dos pacientes de manejo difícil, iniciaremos contando um pouco a vocês sobre como surgiu o termo “estigma”. Estigma era um termo usado para uma marca que era feita no corpo de alguns indivíduos na Grécia antiga. Algumas vezes, esta marca era feita por meio de cortes, de queimaduras ou de tatuagens. Estas marcas serviam para sinalizar que estes indivíduos apresentavam um status moral ruim, incomum ou negativo, em especial, em locais públicos. Podiam significar que aqueles indivíduos eram escravos ou que haviam cometido algum crime ou que eram traidores ou mesmo que eram considerados

espiritualmente poluídos. Os estigmas, ou seja, essas marcas serviam para que as pessoas comuns evitassem quem as detivessem.

Percebem a origem deste termo e o quanto ele carrega consigo algo do significado que damos a ele hoje em dia?

Nos dias de hoje, estigma representa algo que discrimina um indivíduo de um grupo ou que diferencia um grupo minoritário de pessoas de um outro grupo majoritário e que, em função dessas diferenças fazem com que o estigmatizado passe a não ter o mesmo acesso a direitos e privilégios que lhes deveriam ser atribuídos.

Agora que já revisamos o conceito de estigma, gostaríamos de convidá-los a transitar sobre o tema do estigma relacionado aos nossos pacientes difíceis. As pesquisas sobre o estigma nos apontam que para se consolidar um processo de estigma haveria a necessidade de que alguns elementos estivessem presentes de forma concomitante. São eles: rótulo, estereótipo, separação, perda de status e discriminação.

O **rótulo** refere-se às diferenças humanas e às nomeações dessas diferenças.

O **estereótipo** refere-se a um conjunto de crenças culturais atribuídas a determinadas características destacadas, no caso do estigma, de valências negativas.

A **separação** representa a dissociação que passa a se estabelecer entre “nós” e “eles”, ou seja, entre aqueles que não apresentam e aqueles que apresentam tal estereótipo.

A **perda de status** representa a experiência dos rotulados na forma de uma desvalorização e/ou inferiorização relacionada ao seu meio social.

A **discriminação** refere-se aos desfechos e oportunidades desiguais aos quais os rotulados passam a estar expostos em prejuízo de si.

A consolidação do estigma, portanto, se desenvolveria quando os elementos acima coexistem em situações de **exercício de poder** que permitem seus desdobramentos.

Será que isto se aplicaria ao conceito de pacientes difíceis?

Vejamos. Muitas vezes rotulamos os pacientes difíceis com diversos termos como malas, chatos, irritantes, detestáveis, pacientes-problema.

Uma vez rotulados, passam apresentar estereótipos associáveis a estes como os de serem demandantes, hostis, frustradores, manipuladores, reclamadores, etc..

Naturalmente, passam a fazer parte do grupo “deles” e não do “nosso”, portanto há uma separação entre grupos.

A eles fica atrelado um senso de menosvalia, desvalorização, inferiorização, pois costumam nos despertar sentimentos ou pensamentos negativos e, assim, eles correm o risco de perderem seu “status” de iguais aos demais.

Estando esses elementos presentes em um cenário de exercício de poder, como o da dependência de cuidados da relação profissional de saúde e paciente, não seria surpresa se esses pacientes também sofressem com algum grau de estigma.

Tendo entendido isto, talvez possamos nos questionar: diante de tantas dificuldades no manejo deste perfil de pacientes, será que a qualidade de cuidado com o qual contam é a mesma que os demais? O que acham ?

Precisamos estar atentos aos riscos de discriminação que, como qualquer outra condição estigmatizada, estes pacientes podem estar sujeitos.

No próximo episódio, vamos explorar de que forma o estigma se sustenta no contexto deste perfil de pacientes.

Até lá

EPISÓDIO 3 - OS PILARES DE SUSTENTAÇÃO DO ESTIGMA

Olá, sejam bem-vindos para nosso terceiro episódio da série “Lidando com o estigma a pacientes difíceis”. O objetivo deste episódio é conhecermos três pilares que sustentam os processos de estigmatização em diversas situações sociais. Vimos no nosso último episódio que os pacientes difíceis agregam a si características que vão ao encontro do processo de consolidação de uma condição estigmatizada. Conhecer estes pilares é importante, pois as estratégias de intervenções em relação ao estigma a estes pacientes tem se apoiado neles.

O primeiro desses pilares refere-se ao **Conhecimento** que o público em geral detém sobre a condição estigmatizada. O termo conhecimento refere-se às informações ou às desinformações que são de domínio público a respeito de alguma condição humana que possa ser estigmatizada. Em relação aos transtornos mentais ou, em nosso caso, os pacientes difíceis, a ignorância, a falta de aprendizado das pessoas sobre as características dos diferentes quadros clínicos psicopatológicos estão relacionados ao estigma muitas vezes manifestado. Além disso, também poderíamos incluir aqui a falta de capacitação para lidar com as situações que se apresentam na interação com esses pacientes. Conhecer mais a respeito dos sintomas, manifestações físicas e comportamentais dos quadros de depressão, ansiedade, abstinência a substâncias químicas ou características de transtornos de personalidade e dos tratamentos psicológicos ou psiquiátricos que existem à disposição desses indivíduos podem reduzir o estigma a eles.

O segundo pilar refere-se à **Preconcepção** ou preconceito ou atitude presente na relação do público com a condição estigmatizada. Esta diz respeito aos aspectos cognitivos e afetivos relacionados a esta interação. Ou seja, quais os pensamentos e emoções que são acionados nos contatos com esses pacientes.

Refere-se aos sentimentos, às reações emocionais, aos pensamentos negativos que tal condição desperta nos indivíduos, independentemente do contato com eles. Trata-se de um pilar associado às experiências e às concepções prévias de cada um de nós relacionadas àquela condição estigmatizada. Muitas vezes estas manifestações ocorrem na forma de sentimentos de raiva, ansiedade, medo, ressentimento, hostilidade, desgosto, pressentimento, piedade ou na forma de manifestações físicas da ansiedade como náuseas, dores abdominais, tensões musculares, crises de cefaléia, tremores, sudorese ou aumento da frequência cardíaca, por exemplo. Podem surgir simplesmente diante do anúncio ou previsão de convívio com a condição estigmatizada, sem necessariamente, acontecerem na convivência direta com ela.

O terceiro e último pilar refere-se ao **Comportamento** que o público assume diante da condição estigmatizada. Envolve necessariamente respostas motoras. Estão representadas pelos atos discriminatórios, os atos de violência, as privações que o estigma impõe, as negligências e as privações de direitos humanos aos indivíduos com a condição estigmatizada.

No caso dos pacientes difíceis poderíamos citar o exemplo do que a literatura descreve como o conceito de “Ofuscamento Diagnóstico” ou, do inglês, “diagnostic overshadowing”. Este é um conceito bastante presente no estudo dos prejuízos a que pacientes com transtornos mentais estão sujeitos nos atendimentos a sua saúde.

O **ofuscamento diagnóstico** representa a atribuição de sintomas físicos relatados pelos pacientes a condições decorrentes de transtornos mentais ou de incapacitação intelectual por parte dos pacientes, reduzindo o esforço de investigação diagnóstica que seria prestado a pacientes sem estas condições. Isto pode os colocar na situação de vulneráveis a não terem algumas doenças adequadamente diagnosticadas e igualmente tratadas. O ofuscamento diagnóstico é uma das condições que mais se associa à redução da expectativa de vida e qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais mais graves (CLARKE; DUSOME; HUGHES, 2007).

Em suma, aprendemos que o conhecimento, as preconcepções e os comportamentos das pessoas em relação à determinada condição compõem os pilares de sustentação do estigma.

No próximo e último episódio desta série, apresentaremos algumas estratégias adaptadas aos profissionais de saúde que poderão servir como ferramentas no manejo dos pacientes difíceis. Tais estratégias agregam em si aspectos do conhecimento, das preconcepções e dos comportamentos nos cuidados a estes pacientes.

Até lá!!

EPISÓDIO 4 - ESTRATÉGIAS DE MANEJO AOS PACIENTES DIFÍCEIS

Olá pessoal, este é nosso último episódio da série “Lidando com o estigma a pacientes difíceis” e neste episódio tentaremos transitar sobre algumas estratégias para se lidar com esses pacientes. Não há muitos trabalhos que propõem estratégias de intervenção sobre o estigma a pacientes difíceis. Existem programas de combate ao estigma à saúde mental, mas não a este público específico. Os programas envolvem múltiplas intervenções que não poderiam ser descritas nesta série, de forma sucinta. Entretanto, se for do seu interesse, há alguns links sobre o assunto descritos abaixo à disposição para sua consulta.

O foco deste último episódio será o de oferecer algumas estratégias práticas para se lidar com estes pacientes. Esperamos que o aprendizado de tais estratégias possa contribuir na redução do estigma a esses pacientes.

Como base na pesquisa realizada no hospital, as estratégias selecionadas abordam aspectos sobre os três pilares dos quais falamos no nosso último episódio: conhecimentos, concepções e comportamentos.

Apresentaremos a vocês o resultado de uma breve revisão sobre estas estratégias. Enfatizaremos a abordagem “CALMER” (do inglês, “mais calma”) descrita por Pomm e colegas (HUANG et al., 2015) e que foi adaptada para os objetivos da presente série.

Esta abordagem considera que qualquer problema na relação entre profissionais de saúde e pacientes segue os estágios de mudança de Prochaska e DiClemente (PROCHASKA; DICLEMENTE CARLO, 1983), ou seja, os pacientes passam por uma fase de PRECONTEMPLAÇÃO (em que negam o problema), CONTEMPLAÇÃO (em que reconhecem o problema, mas não estão prontos para mudar), PREPARAÇÃO OU DETERMINAÇÃO (em que comprometem-se com um prazo e plano para mudar), AÇÃO (em que esforçam-se diariamente para superar o problema), MANUTENÇÃO (em que superaram o problema, mas mantêm-se vigilantes) e RECAÍDA (em que retornam ao problema).

O termo CALMER refere-se às iniciais em inglês de 6 passos em relação a estratégias de manejo aos pacientes difíceis.

O “C” refere-se ao profissional ser um “**Catalisador para a mudança**”. Antes e depois do encontro com o paciente é necessário que o profissional lembre sobre o que está e o que não sob o seu controle. O profissional de saúde não pode controlar o paciente, seu problemático funcionamento ou os transtornos mentais que eventualmente apresenta, mas pode sim controlar a si e suas próprias reações. Pode tentar ser útil ao paciente através de conselhos práticos. Catalisar o processo significa ser o agente responsável por refletir sobre o que está acontecendo naquela relação difícil que se constrói. Significa reconhecer as emoções e reações que aquela relação nos desperta antes de as descarregarmos sobre o paciente em questão. Se souber como, o profissional de saúde pode aconselhar o paciente sobre como ele pode agir para poder avançar no processo de enfrentamento do problema que está enfrentando. Se não souber, pode simplesmente reconhecer que “não sabe” como solucionar, mas dispor-se a buscar alguém que saiba encaminhar a questão.

O “A” refere-se à “**Alterar pensamentos para alterar sentimentos**”. Deriva da Terapia Cognitivo-Comportamental e sugere que, antes e depois dos encontros, o provedor deveria reconhecer seus sentimentos experimentados na relação com o paciente e então perguntar-se como aqueles sentimentos podem estar afetando-a e qual o plano. Não tomar os comportamentos dos pacientes como pessoais e, sim, como representações de seus funcionamentos como pessoas ou como manifestações clínicas de transtornos mentais diante das relações de cuidado em suas vidas. Explorar as razões que fazem o paciente agir de tal forma ajuda os profissionais de saúde a posicionarem-se de forma mais empática aos pacientes difíceis.

O “L” refere-se a “**Ouvir e depois diagnosticar**” (“Listen”, em inglês). Os dois passos anteriores permitem que a relação possa se construir de forma a haver uma escuta mais atenta por parte do profissional de saúde. O “Ouvir” aqui representa estar atento ao que é comunicado de forma verbal e não-verbal. A atenção a isto aumenta a probabilidade da realização de um diagnóstico de situação mais acurado e preciso e, conseqüentemente, aprimora a aliança de trabalho com estes pacientes.

O “M” refere-se à “**Realização de um contrato**” (“Make”, em inglês). Este passo tem o objetivo de acordar-se os termos da continuidade da relação entre o provedor e o paciente. Espera-se que ambos estejam de acordo com a manutenção desta relação e usa-se o acordo como uma forma de condicionar a continuação dela. Ou seja, o não cumprimento do contrato deve proporcionar a ambos a possibilidade do fim deste relacionamento de cuidado. Para isso, é necessário confirmar que o paciente tem a exata compreensão do problema e que ele concorda em trabalhar conjuntamente com o profissional nele. Assim, cria-se um estado de consciência mútua sobre a continuidade da relação provedor-paciente e sobre o trabalho na resolução dos problemas do paciente, ampliando a percepção de controle de ambas as partes envolvidas.

O “E” refere-se a “**Educação e seguimento**”. Uma vez que o profissional de saúde e o paciente tenham concordado em manter sua aliança terapêutica, o próximo passo requer que o provedor convide o paciente a trabalhar em cima do problema que está gerando a dificuldade enfrentada no tratamento. O objetivo do profissional de saúde é auxiliar o paciente a avançar nos estágios de mudança acima descritos. Inicialmente, ajudá-lo a reconhecer de que forma o problema interfere nos objetivos do próprio paciente. Depois, ajudá-lo a comprometer-se com um prazo e um plano de mudança. Em seguida, iniciá-lo, mantê-lo e reiniciar o processo diante das recaídas. Para isso, pode-se atribuir ao paciente “tarefas de casa”, ou seja, questões em que ele precisará trabalhar mesmo na ausência do provedor de saúde.

O “R” refere-se a “**Estender a mão e expressar seus sentimentos**” (“Reach out”, inglês). Os pacientes difíceis representam o resultado de aspectos de uma interação entre duas pessoas. Esta interação toca em aspectos privados dos pacientes e de cada um de nós. Dependendo das histórias, experiências, recursos e tratamento pessoal, a tarefa de lidar com esses pacientes pode ser mais ou menos complicada. Por isso, compartilhar estas experiências com outros é essencial. Dividir os sentimentos e os pensamentos despertados nelas em locais apropriados para tal ajudam muito. E, quando a relação com pacientes difíceis envolverem o acionamento de

núcleos de conflitos íntimos e privados nossos, o aconselhamento com um profissional da psicologia ou da psiquiatria está recomendado.

Apesar dessas estratégias que visam contribuir para o aprimoramento da relação e minimização do estigma a estes pacientes, há situações em que os pacientes não cumprem com suas responsabilidades dentro da relação com o profissional de saúde. Nestes casos, a relação poderá ser terminada, desde que algum encaminhamento seja dado ao paciente. Em última instância, existem os conselhos éticos institucionais ou profissionais que podem participar do processo de decisões em relação aos impasses não solucionados.

Links:

Building and Delivering Successful Anti-stigma Programs for Healthcare Providers – Results of Qualitative Study, Mental Health Commission of Canada, 2014.

(https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/qualitative_model_report_feb_2015_0.pdf)

Combating Stigma within the Michigan Mental Health System – A Toolkit for change (Look closer...see me for who I am), Michigan Department of Community Health, 2011.

(https://www.michigan.gov/documents/mdch/A_Toolkit_for_Change_403480_7.pdf)

Human Rights – WHO QualityRights core training – for all services & all people, World Health Organization, 2019.

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329538/9789241516693-eng.pdf>)