

Ampliando o Método Clínico Centrado na Pessoa: a Relação Médico-Paciente e a Teoria do Apego

Expanding the patient-centered clinical method: doctor-patient relationship and attachment theory

Ampliación del Método Clínico Centrado en la Persona: la Relación Médico-Paciente y la Teoría del Apego

Ingrid Gonçalves Pessoa¹ , Samuel Carvalho Guimarães² , Emanoella Pessoa Angelim Guimarães³ , Germana Maria de Alcântara Carleial⁴ 

¹Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara – Araraquara (SP), Brasil

²Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil.

³Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴Recanto Psicopedagógico – Fortaleza (CE), Brasil.

Resumo

Introdução: A Teoria do Apego pode ser útil para complementar o Método Clínico Centrado na Pessoa, sobretudo em seu quarto componente, “Fortalecendo a relação médico-paciente”. **Objetivo:** Realizar revisão integrativa de pesquisas que associem a Teoria do Apego à relação médico-paciente e extrair sua aplicabilidade no dia a dia do médico de família e comunidade. **Métodos:** Revisão integrativa nas bases de dados *United States National Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando os termos “relação médico-paciente” e “teoria do apego”. **Resultados:** Identificamos 184 artigos na PubMed e um na SciELO em fevereiro de 2021, que foram reduzidos a 11 artigos. Estes tinham como cenário oncologia/cuidados paliativos ou atenção primária em geral e consideravam as vulnerabilidades de cada contexto e como elas podem ativar o sistema de apego. Percebe-se o impacto dos princípios da Teoria do Apego em diversos aspectos da relação médico-paciente e até em desfechos clínicos. Correlacionar os estilos de apego com os modelos de relação médico-paciente de Emanuel e Emanuel (1992) ajuda-nos a entender que modelo é melhor para cada estilo. Pessoas com apego “seguro” beneficiam-se de relações deliberativas; aquelas com apego “ansioso-preocupado” precisam que o médico seja mais ativo para compensar sua baixa confiança em si, como no modelo paternalista; no apego “desprendido”, o paciente necessita sentir-se independente, e o modelo informativo contribui para fortalecer a relação; e quem apresenta apego “ansioso-assustado” tende a trazer sentimentos negativos ao médico, sendo necessário compreender isso e reafirmar o elo apesar de atitudes contraproducentes por parte da pessoa, e o modelo interpretativo traz uma forma de lidar com a situação. **Conclusão:** A Teoria do Apego tem potencial de responder a muitas angústias que assolam a prática diária do médico de família e comunidade e que o Método Clínico Centrado na Pessoa não consegue resolver sozinho. Pode-se dizer que a Teoria do Apego complementa o Método, fornecendo ferramentas para continuar conduzindo-o em seus quatro componentes.

Palavras-chave: Relação médico-paciente; Cuidado centrado no paciente; Atenção primária.

Como citar: Pessoa IG, Guimarães SC, Guimarães EPA, Carleial GMA. Relação médico-paciente e teoria do apego: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3071. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3071](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3071)

Autor correspondente:

Ingrid Gonçalves Pessoa
E-mail: ig.pessoa@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Editora Associada:

Monique Bourget

Recebido em: 20/04/2022.

Aprovado em: 17/10/2022.



Abstract

Introduction: The Attachment Theory can be useful to complement the Patient-Centered Clinical Method, especially in its fourth component, “enhancing the patient-doctor relationship”. **Objective:** To perform an integrative review of studies that associate the Attachment Theory with the doctor-patient relationship and extract its applicability in the routine of family physicians. **Methods:** Integrative review in the United States National Library of Medicine (PubMed) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases using the terms “doctor-patient relationship” and “attachment theory”. **Results:** In February 2021, we retrieved 184 articles in PubMed and one in SciELO, reducing them to 11 articles. Their settings involved oncology/palliative care or general primary care, considering the vulnerabilities of each context and how they can activate the attachment system. The impact of Attachment Theory principles on several aspects of the doctor-patient relationship and even on clinical outcomes was evident. Correlating attachment styles with Emanuel and Emanuel’s (1992) doctor-patient relationship models can help us understand which model is best for each style. People with “secure” attachment benefit from deliberative relationships; those with “anxious-preoccupied” attachment need the physician to be more active to compensate for their low self-confidence, as in the paternalistic model; in the “dismissing” attachment, the patient needs to feel independent, and the informative model contributes to strengthening the relationship; and individuals who have “anxious-fearful” attachment tend to share negative feelings with the physician, who needs to understand this and reaffirm the bond despite the person’s counterproductive attitudes, and the interpretive model has a way of dealing with the situation. **Conclusion:** The Attachment Theory can potentially address many anxieties that plague the daily practice of the family physician and that the Patient-Centered Clinical Method cannot solve alone. We can infer that the Attachment Theory complements the method, providing tools to continue applying it with its four components.

Keywords: Physician-patient relation; Patient-centered care; Primary health care.

Resumen

Introducción: La Teoría del Apego puede ser útil para complementar el Método Clínico Centrado en la Persona, especialmente en su cuarto componente, “Fortalecimiento de la relación médico-paciente”. **Objetivo:** Realizar una revisión integradora de la investigación que asocie la Teoría del Apego con la Relación Médico-Paciente y extraer su aplicabilidad en el día a día del Médico de Familia y Comunitario. **Métodos:** Revisión integrativa en las bases de datos PUBMED y Scielo utilizando los términos “relación médico-paciente” y “teoría del apego”. **Resultados:** Identificamos 184 artículos en PUBMED, 164 y 1 en Scielo en febrero de 2021, reduciéndose a 11 artículos. Los artículos tuvieron un escenario de Oncología/Cuidados Paliativos o Atención Primaria en general, considerando las vulnerabilidades de cada contexto y cómo pueden activar el Sistema de Apego. Se percibe el impacto de los principios de la Teoría del Apego en varios aspectos de la Relación Médico-Paciente e incluso en los resultados clínicos. La correlación de los estilos de apego con los modelos de relación médico-paciente de Emanuel y Emanuel (1992) nos ayuda a comprender cuál es el mejor modelo para cada estilo. Las personas con apego seguro se benefician de las relaciones deliberativas; aquellos con apego ansioso-preocupado necesitan que el médico sea más activo para compensar su baja confianza en sí mismos, como en el modelo paternalista; en el apego desapegado, el paciente necesita sentirse independiente, y el modelo informativo contribuye a fortalecer la relación; y quien tiene Apego Ansioso-Miedo tiende a traer sentimientos negativos al médico, es necesario entender esto y reafirmar el vínculo a pesar de actitudes contraproducentes por parte de la persona, y el modelo Interpretativo aporta una forma de afrontar la situación. **Conclusiones:** La Teoría del Apego tiene el potencial de responder a muchas ansiedades que plagan la práctica diaria del Médico de Familia y Comunitario, y que el Método Clínico Centrado en la Persona no puede resolver por sí solo. Se puede decir que la Teoría del Apego complementa el Método, brindando herramientas para continuar conduciendo el Método en sus cuartos componentes.

Palabras clave: Relaciones médico-paciente; Atención dirigida al paciente; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) surgiu em um contexto de aumento da noção de autonomia do paciente e de mudança da visão do papel do médico. Ao tirar o foco do médico e da doença, tenta-se uma aproximação da pessoa para poder proporcionar o melhor cuidado possível e, com isso, melhores resultados na terapêutica. Previamente descrito com seis componentes, a última edição do livro de Stewart *et al.*¹ introduz a redução para quatro componentes, separados didaticamente. O último deles, “Fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico”, pode tanto ser considerado um passo no processo quanto um resultado deste. Nesse ponto, acima de tudo, é necessário compreender as forças que influenciam na relação médico-paciente (RMP) e que, assim, podem agir para fortalecer ou enfraquecer o vínculo criado entre as duas pessoas.

Na Medicina de Família e Comunidade (MFC), o MCCP é uma ferramenta essencial. Não é possível utilizar o método em todas as ocasiões, pois, a depender do tipo de consulta, não cabe delongar-se em

tantos detalhes para conseguir o resultado necessário naquele momento. Para cada situação, há um método mais adequado. Entretanto, na prática, a utilização do MCCP no momento que se considera “adequado” nem sempre tem êxito.

Em termos teóricos, somos contemplados pelas noções de transferência e contratransferência e pela entrevista motivacional para justificar em parte tais situações. Contudo, muitas vezes se constata que isso não é suficiente. Nessa perspectiva, a Teoria do Apego tem se consagrado como arcabouço teórico que pode ajudar a MFC a preencher a lacuna do entendimento das variáveis relacionais.

A Teoria do Apego foi desenvolvida principalmente pelo inglês John Bowlby, psiquiatra infantil e psicanalista, em conjunto com a psicóloga américo-canadense Mary Ainsworth, em um processo inicialmente separado que convergiu ao encontro de ambos e de diversos colaboradores.² É importante frisar desde o início que a noção de apego na teoria é um pouco distinta do uso coloquial da palavra. Apego refere-se, naquele caso, “ao laço duradouro que uma pessoa tem com outra, que preenche as necessidades de segurança e conforto”.³

A teoria baseia-se na ideia de que as primeiras relações que o ser humano estabelece (com sua mãe ou cuidador principal) apresentam grande impacto nos padrões de relacionamentos posteriores. A relação mãe-bebê tem como fim a proteção, com o elo frágil necessitando da presença da “figura de apego” para se sentir seguro. Com segurança, a criança pode explorar o ambiente por saber que tem com quem contar em caso de perigo. Para garantir essa segurança, o bebê utiliza-se de formas a seu alcance para chamar a atenção de seu cuidador (por exemplo, chorar) e causar sua aproximação. Esse padrão de comportamento foi posteriormente descrito em outros mamíferos e aves, congruentemente com a hipótese de que o sistema de apego faz parte de um componente evolutivo, e Bowlby alcunhou como “modelos internos de funcionamento” as formas com as quais os humanos aprendiam a reagir de forma sistematizada a essas situações.⁴

Ainsworth uniu suas observações diretas de famílias às ideias de Bowlby e aos padrões da teoria da segurança com os quais ela teve contato por meio de William Blatz,² demonstrando-as no famoso experimento da “situação estranha”. Com base nele, entendeu que crianças podiam apresentar padrão de apego seguro quando se sentiam aptas a explorar o ambiente com a presença da mãe, mas paravam a ação na ausência dela e tentavam chamá-la de volta, retornando por fim a brincar com o retorno e a reaproximação da mãe. Crianças que demonstravam outros padrões foram classificadas como dotadas de apego inseguro, que poderia ser ambivalente ou evitativo. Posteriormente, foi descrito um quarto tipo, o desorganizado.⁵

Com a expansão das proposições de Bowlby e Ainsworth por outros autores, a Teoria do Apego foi estendida para a fase adulta da vida. Hazan e Shaver⁶ utilizaram-na como base para sugerir que relacionamentos românticos são um processo de apego, e que o que é observado nessa situação podia ser considerado o padrão do indivíduo, herdado de suas experiências de infância em um contínuo. Dessa forma, outros adultos serviriam como “figuras de apego” no decorrer da vida. Bartholomew e Horowitz⁷ propuseram dimensões com as quais se podia trabalhar a respeito de adultos, baseadas nos modelos internos de funcionamento de Bowlby. Tais dimensões são ansiedade e esquiva, relacionadas com os modelos internos, ou seja, as visões que a pessoa tinha de si e dos outros, respectivamente. Ao cruzar essas dimensões, formaram-se quatro quadrantes que determinam quatro tipos de apego.

As dimensões descritas são inversamente relacionadas a seus respectivos modelos. Um modelo de *self* positivo significa ansiedade baixa, e um modelo dos outros negativo representa esquiva alta. Dessa forma, era considerado portador de apego seguro aquele que tinha sentimento de ser digno de cuidado dos outros (baixa ansiedade) e confiança de que os outros podiam fornecer tal cuidado (baixa esquiva). As demais combinações nos quadrantes, conforme a Tabela 1, formam os estilos inseguros de apego: desprendido, preocupado e assustado.

Tabela 1. Modelos de apego em adultos.

		Modelos de Self (Ansiedade)	
		Positivo	Negativo
Modelos dos outros (Esquiva)	Positivo	Seguro Confortável com intimidade e autonomia	Preocupado Preocupado com relacionamentos
	Negativo	Desprendido Desprendido de intimidade Contra dependência	Assustado Com medo de intimidade Socialmente evitador

Fonte: Traduzido e adaptado de Bartholomew e Horowitz⁷.

Embora na teoria original se tenha prezado pela ideia de estabilidade dos modelos de funcionamento interno ao longo da vida, atualmente pode ser considerado mais conveniente descrever as pessoas em um “contínuo de segurança” do que classificá-las rigidamente em categorias.⁸ As categorias são importantes para compreender o fenômeno como um todo, mas individualmente há diferenças conforme a saliência de cada uma das dimensões.⁷

Em suma, a Teoria do Apego surgiu para tentar explicar as formas com que as pessoas podem se relacionar com as demais conforme as experiências anteriores, e sua validade na vida adulta é amplamente aceita. Compreender tais formas torna-se de grande valia para explicar como as pessoas podem se relacionar em diversas situações, até mesmo na RMP, o que pode facilitar e/ou expandir o uso do MCCP na prática do MFC.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa pelo fato de a relação estudada (RMP e Teoria do Apego) ser um tópico com grande componente teórico e subjetivo. Ademais, ao permitir maior diversidade de fontes e métodos analisados, esse tipo de revisão facilita a demonstração de uma visão ampla de um assunto complexo como este em questão.⁹

Tal tipo de revisão é realizado em seis etapas, conforme demonstrado por Souza, Silva e Carvalho.⁹ A primeira fase é a elaboração de uma pergunta norteadora, que, como o nome indica, irá delimitar o escopo da pesquisa bibliográfica. A pergunta norteadora utilizada foi: qual a influência dos princípios da Teoria do Apego sob a ótica da pessoa na RMP?

A segunda etapa é a amostragem na literatura. As seguintes bases de dados foram utilizadas na pesquisa: *United States National Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). As palavras-chave para a pesquisa foram “teoria do apego” e “relação médico-paciente” e suas variações em inglês (“attachment theory” e “physician-patient relationship” ou “doctor-patient relationship” ou “patient-provider relationship”) e espanhol (“teoria de apego” e “relación médico-paciente”). Os resultados da pesquisa em fevereiro de 2021 foram 184 artigos na PubMed e um na SciELO.

Como critérios de inclusão, além da congruência com a pergunta norteadora, foram utilizados: artigos em português, inglês ou espanhol e menções de aspectos relacionados ou derivados da RMP, como aliança terapêutica, adesão ou outros termos que dessem a entender um processo relacional. Os critérios de exclusão foram: publicações exclusivamente voltadas para a psicologia e psicoterapia, por poderem abordar a mesma questão à luz de outro contexto, que é a relação do paciente com o terapeuta; e menção à Teoria do Apego por parte do médico em vez do paciente.

Os artigos foram classificados de acordo com a hierarquia de evidência sugerida por Stetler *et al.*,¹⁰ que permite classificar estudos descritivos, qualitativos e relatos de experiência:

- nível 1: evidências resultantes da metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;
- nível 4: evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
- nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

De acordo com a terceira fase da revisão integrativa, a coleta de dados dos artigos teve como auxílio o instrumento indicado no anexo do artigo de Souza, Silva e Carvalho,⁹ validado por Ursi.¹¹ De posse de tais dados, foi possível realizar a análise crítica dos estudos, que é a quarta etapa da revisão integrativa, de forma sistematizada.

A quinta e sexta etapas são, respectivamente, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa, cujo conteúdo é trabalhado no restante do artigo.

RESULTADOS

Foram selecionados pelo título 13 artigos na base PubMed e um na SciELO, somando então 14 artigos. Destes, um foi excluído na leitura do *abstract* por ser voltado à perspectiva da psicanálise, não da RMP. Dois artigos foram eliminados após a leitura completa. A Tabela 2 resume os dados dos estudos selecionados para a revisão.

É possível perceber que parte dos trabalhos é de natureza empírica, sendo também, em geral, do tipo transversal ou coorte, e outra parte é composta de revisões, com baixo poder de evidência acumulado dessa forma. Isso é compatível com a consideração de que são temas de cunho bastante teórico, e é esperado que isso ocorra com sua intercessão.

DISCUSSÃO

As correlações realizadas entre RMP e a Teoria do Apego são de forma fragmentada, da mesma forma que ocorre no estudo isolado da RMP. Pode-se considerar que uma RMP robusta apresenta como características: confiança, empatia, comunicação, escuta e compartilhamento de informações.¹² Assim sendo, é factível supor que o estilo de apego pode impactar a RMP por interferir diretamente em aspectos como formação da aliança terapêutica^{13,14} e confiança no médico.¹⁵

Quase metade dos artigos encontrados no tema era relacionada às áreas de oncologia e/ou cuidados paliativos, o que pode ser explicado pelo aumento da vulnerabilidade da pessoa. Tais cenários são propícios a ativar o sistema de apego, potencializado pela progressiva dependência dos outros e diminuição da autossuficiência.¹⁶ A necessidade de uma figura de apego para que o paciente se sinta seguro ocorre até mesmo em situações menos drásticas, como doenças agudas, em que ele continua em uma posição de vulnerabilidade.¹⁷ Em pacientes com apego seguro, essa transição dá-se de forma mais suave, com as certezas de que eles são dignos de cuidado e de que se pode confiar nos outros (cuidadores, equipe de saúde) para fornecê-lo.¹⁶ Entretanto, quando a pessoa apresenta

Tabela 2. Dados dos estudos selecionados.

Autores	Tipo de estudo	Cenário	Nível de evidência	Conclusão
Kelly et al. ²⁷	Revisão sistemática	Oncologia	4	O estilo de apego oferece uma estrutura para os médicos entenderem os comportamentos e necessidades do paciente, permitindo assim ajustes na abordagem da relação terapêutica em desenvolvimento com o paciente.
Brenk-Franz et al. ²⁵	Analítico Transversal	Atenção Primária	4	Os resultados suportam a hipótese de que a relação médico-paciente media a relação entre apego no adulto e o autocuidado em pacientes com multimorbidades.
Zaporowska-Stachowiak et al. ¹⁸	Analítico Transversal	Cuidados Paliativos	4	Apego inseguro está relacionado a piores escores de relação médico-paciente em comparação ao apego seguro.
Frederiksen et al. ¹⁷	Qualitativo	Atenção Primária	4	Um entendimento mais profundo do papel do apego na relação médico-paciente na atenção primária pode levar a melhor cuidado do paciente e enriquecer a experiência clínica do clínico geral. A Teoria do Apego explica por que é valioso ter um médico regular e é um argumento para a clínica geral ter especial qualidade em relação ao resto do sistema de saúde.
Holwerda et al. ¹⁵	Coorte	Oncologia	4	A Teoria do Apego é uma ótica útil para estudar a visão dos pacientes com câncer sobre seus médicos, além de ajudar o clínico a entender e lidar com diferentes comportamentos dos pacientes.
Thompson e Ciechanowski ¹⁴	Revisão de Literatura	Atenção Primária	4	Um entendimento mais profundo do papel do apego na relação médico-paciente pode levar a melhor cuidado do paciente e enriquecer a experiência clínica do médico de família. Ao reconhecer que o comportamento da doença dos pacientes e as respostas dos médicos a eles podem ser manifestações de padrões de apego, o médico pode ser mais empático com pacientes que podem ser de outra forma vistos como odiosos, demandantes ou difíceis.
Jimenez ¹⁹	Revisão Narrativa	Atenção Primária	4	As implicações da teoria do apego para os cuidados clínicos são muitos, pois padrões de comportamento anormal de doença podem ser passíveis de intervenções sob medida para estilos de apego particulares.
Tan et al. ¹⁶	Revisão/Relato de experiência	Cuidados Paliativos	5	Uma abordagem aos pacientes informada pela Teoria do Apego provê uma ótica para entender suas necessidades em relacionamentos, suas estratégias de defesa e a influência recíproca de pacientes e cuidadores no relacionamento que se desenvolve.
Calvo et al. ¹³	Coorte	Oncologia	4	Processos do apego podem ser determinantes criticamente importantes de relações terapêuticas no contexto de cuidados paliativos, somados a fatores culturais, religiosos e sociais.
Maunder e Hunter ²⁴	Analítico Transversal	Geral	4	Identificar a orientação de apego de pacientes com câncer em fase terminal pode ser útil em contextos clínico e de pesquisa. A Teoria do Apego ajuda a explicar por que diferentes pacientes necessitam de diferentes abordagens.
Ciechanowski et al. ²⁰	Coorte	Atenção Primária	4	Pacientes atribuem funções de apego de base e porto seguro a profissionais de saúde.
				Pacientes que exibem apego desprendido e percebem sua comunicação com o profissional de saúde como ruim têm piores níveis de HbA1c do que os que apresentam outros estilos de apego, independentemente da qualidade da comunicação entre paciente e profissional.

Fonte: Elaboração própria.

um estilo inseguro de apego, tais componentes não se balanceiam tão bem, tornando-a alguém com quem é mais difícil se relacionar¹⁸ e, às vezes, até de provocar empatia, a depender de sua reação às circunstâncias. Estas são justamente as pessoas que necessitam ainda mais que os profissionais de saúde entendam seu estilo relacional para poder lhes proporcionar cuidados de uma forma que não prejudique ainda mais o vínculo.

A ativação do sistema de apego é relevante da mesma forma no contexto da doença crônica, em que também há a necessidade de formação de fortes vínculos,¹⁹ considerando-se uma relação de longa data na qual a vulnerabilidade é variável. Pode-se supor que um dos principais determinantes dessa necessidade seja a sensação de doença, que é uma experiência pessoal,¹ possivelmente associada diretamente à dimensão de ansiedade da Teoria do Apego.

Ciechanowski *et al.*²⁰ demonstraram maiores níveis de hemoglobina glicada em pacientes com apego desprendido (ou seja, com alta esquivia ou baixa confiança no profissional) em relação aos demais estilos. Posteriormente, Ciechanowski *et al.*²¹ demonstraram aumento de mortalidade de 33% em pacientes diabéticos com estilo de relacionamento independente (desprendido e assustado), e Sullivan *et al.*²² observaram que pessoas com síndrome coronariana aguda tendiam a esperar mais para procurar atendimento médico quando apresentavam menor confiança nos outros, o que pode ser traduzido como alta esquivia.

Tratando-se ainda de desfechos clínicos, a aliança terapêutica é um dos fatores essenciais para se levar em consideração.²³ Os estilos de apego do paciente no contexto de câncer em estágio terminal com visão negativa dos outros (assustado e desprendido) interferem negativamente na aliança com o médico.¹³ Paradoxalmente, a percepção do médico da aliança terapêutica não sofreu influência do estilo de apego do paciente. No artigo de Calvo *et al.*,¹³ isso é explicado em termos do maior distanciamento que os profissionais costumam desenvolver nessas situações em razão do grande estresse emocional. Entretanto, é conveniente salientar que o próprio estilo de apego do fornecedor de cuidado, no caso em cheque, o médico, também influencia na relação de forma contínua,^{14,16} embora não tenha sido o foco desta revisão.

Ao examinar a confiança que pacientes com diagnóstico recente de câncer apresentavam com relação seus médicos, Holwerda *et al.*¹⁵ demonstraram que esse aspecto mediava a satisfação com este último, pois pacientes com apego inseguro (baixa confiança no outro e/ou em si), independentemente de qual tipo, confiavam menos e eram menos satisfeitos com seus provedores. Ademais, tais pacientes relatavam maiores níveis de sofrimento, o que se verificou não ter relação direta com a confiança, contrariamente ao que se poderia imaginar.

Profissionais de saúde servem como porto seguro para muitos pacientes, independentemente do estilo de apego.²⁴ Isso pode se tornar ainda mais claro quando considerarmos que pacientes com apego inseguro tendem a ser caracterizados como pessoas difíceis, não apenas no contexto de saúde, como também no relacional em geral. Dessa forma, são pessoas com menor arcabouço de recursos sociofamiliares, recaindo muitas vezes sobre a equipe de saúde prover esse suporte social enquanto lida com as questões clínicas.¹⁹

Há também uma relação inversa, com a RMP influenciando no apego do paciente, o que concorda com o pressuposto de que as pessoas apresentam mais de um estilo de apego e que esses estilos sofrem interferência das ações das figuras de apego. Brenk-Franz *et al.*,²⁵ em seu estudo com pacientes com multimorbidades, demonstraram que a dimensão de ansiedade no apego do adulto é mediada pelo recebimento de informações por parte do médico e pela comunicação com o paciente,

enquanto a dimensão de esquiva é mediada apenas pela comunicação. O resultado é congruente com os achados de Ciechanowski *et al.*²⁰ em pacientes diabéticos e com outros na literatura que frisam a importância da comunicação para o estabelecimento de uma boa RMP e influência em desfechos clínicos.²⁶

Há aspectos que não dependem do paralelo entre RMP e Teoria do Apego. Por exemplo, desejar contato com o profissional de saúde não se correlaciona diretamente com a disponibilidade dele.²³ Supõe-se que essa percepção seja mais uma expressão de insegurança do apego, no caso da dimensão de ansiedade exacerbada, do que uma reação à atual privação do contato. Isso explica por que pacientes que consistentemente apresentam dificuldades de relacionamento com seus profissionais continuam a buscá-los.

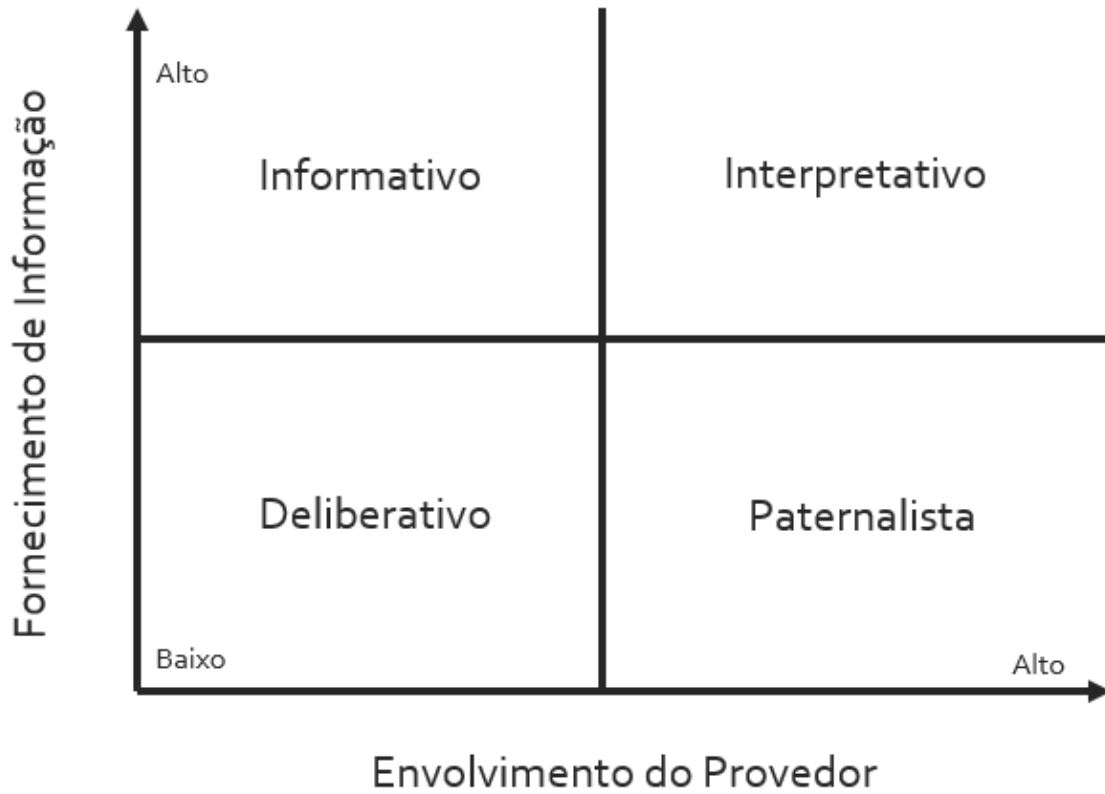
Repercussões práticas

Em meio aos artigos, alguns vão além da simples descrição de correlação entre a Teoria do Apego e aspectos da RMP, tentando indicar formas de trabalhar com base nisso.

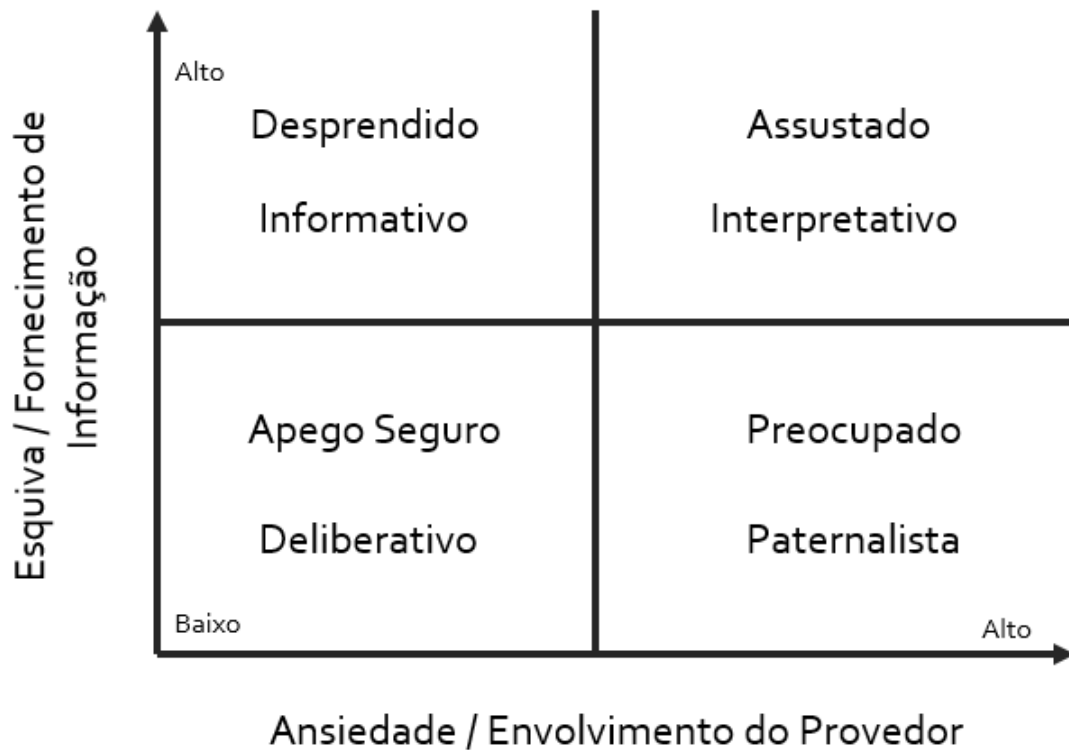
Kelly *et al.*,²⁷ em sua revisão, deram destaque aos tipos de RMP de acordo com Emanuel e Emanuel,²⁸ correlacionados com as dimensões da Teoria do Apego no adulto. Estes autores descreveram quatro tipos de RMP: paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo. No primeiro tipo, paternalista, o paciente faz jus ao seu nome, recebendo passivamente as orientações e determinações do médico. Este decide o que compartilhar com a pessoa e a conduta a ser adotada, conforme sua visão do caso e do que considera melhor para aquela pessoa, não se preocupando com os desejos e valores dela.²⁸ No modelo informativo, a função do médico é apenas dar as informações técnicas de que o paciente necessita para poder tomar uma decisão sozinho, baseado em seus desejos e valores. O terceiro tipo, o interpretativo, é bem semelhante ao informativo ao fornecer todas as informações de que o paciente precisa para tomar uma decisão de conduta. Entretanto, eles diferenciam-se pelo interpretativo ter como interesse também auxiliar o paciente a entender os próprios valores. Nesse modelo, concebe-se a noção de que nem sempre a pessoa tem consciência de seus valores e de que estes podem se modificar; então, precisa de um guia para entendê-los. Apoiado nisso, o médico ajudar a indicar qual ação é mais condizente com seus desejos e valores.²⁸ O último modelo é o deliberativo, em que, além de informar a pessoa e ajudá-la a compreender suas prioridades, há uma troca ao permitir que o outro indivíduo de tal diálogo — o médico — também possa discutir o que acha que é importante, tendo como objetivo final a saúde da pessoa a sua frente.

No trabalho de Kelly *et al.*,²⁷ tais modelos de RMP foram interpretados como podendo ser delimitados pelas dimensões de fornecimento de informação (FI) e envolvimento do provedor (EP), da seguinte maneira: alto FI e EP no tipo interpretativo; alto FI e baixo EP no tipo informativo; baixo FI e EP no tipo deliberativo, e baixo FI e alto EP no tipo paternalista, conforme Figura 1.

Essa divisão poderia ser sobreposta ao gráfico formado entre as dimensões de esquiva e ansiedade, com a esquiva equivalendo diretamente ao fornecimento de informação (necessidade de controle da situação), e a ansiedade, ao envolvimento do provedor (necessidade de reafirmação de que vai ser cuidado), determinando o tipo de relação que deveria ser buscado para cada tipo de apego (Figura 2).



Fonte: Traduzido e adaptado de Kelly et al.²⁷
Figura 1. Tipos de relação médico-paciente.



Fonte: Traduzido e adaptado de Kelly et al.²⁷
Figura 2. Modelo alinhado de estilo de apego do paciente e tipo de relação médico-paciente.

Desta forma, Kelly *et al.*²⁷ tentam desenhar como o conhecimento e reconhecimento da Teoria do Apego no adulto podem contribuir na elaboração do cuidado centrado na pessoa. Embora sua revisão tenha sido pautada na perspectiva da oncologia, ela pode ser considerada válida para toda a medicina, sobretudo para a MFC. Ademais, o modelo sugerido é convergente com recomendações em outros artigos desta revisão.^{15,20,25}

A maioria das pessoas costuma exibir apego seguro, sendo assim aptas a compartilhar seus valores e dialogar com o médico para tomarem a decisão em conjunto, como na RMP deliberativa. É o tipo de consulta “ideal” para poder aplicar o MCCP como ele foi concebido e conseguir bons resultados com ele, incluindo o fortalecimento da RMP sem grandes dificuldades.

Em pacientes com apego ansioso-preocupado, há pouca sensação de valor próprio (alta ansiedade) e muita confiança nos outros (baixa esquivia), de modo que eles precisam da proximidade do médico de forma demasiada. Nesse tipo de paciente, a reafirmação do compromisso do médico em cuidá-lo traria mais alívio e, em tese, diminuiria a frequência excessiva com a qual esses pacientes procuram atendimento.^{19,27} Deixar consultas marcadas com limites de tempo estabelecidos, sem esperar sintomas para poder realizar a consulta, também pode ser útil.¹⁴ É o tipo de paciente com o qual, mesmo em se utilizando as técnicas “corretas”, dificilmente se conseguirá ter muita autonomia em seu autocuidado ou até no cuidado de outros em razão de suas características relacionais.¹⁹ Por isso, eles precisam de uma atitude um tanto paternalista por parte do profissional.

Já em pacientes com alta esquivia e baixa ansiedade, no estilo de apego desprendido, traduzidos em baixa confiança nos outros e alta confiança em si a ponto de uma “autossuficiência compulsiva”,²⁹ dar mais informações para oferecer maior sensação de controle na situação e respeitar sua autonomia, compatível com a RMP informativa, pode trazer o paciente para mais próximo.^{14,16,27} Entretanto, é preciso estar atento para a possibilidade de piora de doenças em consequência da tendência de pouco valorizar ou compartilhar sintomas. Thompson e Ciechanowski¹⁴ também reiteram que o médico de família muito requisitado pode se acomodar com a pouca demanda desse tipo de paciente, ficando aliviado até; entretanto, é preciso fortalecer o vínculo mesmo que de forma impessoal, como com lembretes de consulta, telefonemas e outros para a pessoa desprendida não incorrer no ciclo vicioso que é achar que só receberá cuidado se mantiver certa distância.

O último tipo, que é o ansioso-assustado, pode ser considerado talvez o mais complexo.¹⁹ Apresenta alta esquivia e ansiedade, o que lhe dá um comportamento por vezes antagônico de solicitar cuidado, mas não se permitir ser cuidado por conta do medo de se machucar. Tal comportamento pode trazer sentimentos negativos por parte do médico. Caso este se deixe ser afetado por essa contratransferência, evitando a pessoa ou tratando-a de forma fria, ele alimentará a ideia do paciente assustado de que as pessoas que deveriam cuidar dele não são confiáveis para assim fazê-lo.

É importante lembrar nesses casos que atitudes que podem parecer contraproducentes nas interações médico-paciente podem ter o objetivo inerente de obter ou manter o sentimento de segurança com base nas estratégias aprendidas para se adaptar às circunstâncias ameaçadoras.¹⁹ Ao agir de forma contrária, isto é, o médico reafirmar o elo apesar de tudo, aceitando o paciente da forma que é, quebra-se essa visão de ameaça e fortalece-se a RMP.¹⁴ Além disso, sua preocupação em não se machucar pode deixar a pessoa menos certa dos próprios valores, por isso o modelo interpretativo convém nesses casos. Para não assustar o paciente ao se envolver mais do que lhe seria confortável a princípio e ajudar a entender seus valores pode ser outra forma de estabelecer uma boa RMP.

Por conta desse temor de que uma pessoa que confia poderá ser ao mesmo tempo ameaçadora, pode ser interessante fragmentar o cuidado entre outros médicos e profissionais de saúde de forma coordenada e ter a clínica em vez de uma pessoa como referência¹⁴. Em algum momento, é plausível que a pessoa possa desenvolver confiança em algum profissional específico, que deve se tornar a âncora do paciente com o sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a Medicina de Família e Comunidade, a Teoria do Apego tem o potencial de responder a muitas angústias que assolam a prática diária do médico de família e comunidade na assistência e que o MCCP não consegue resolver sozinho. Pode-se dizer que essa teoria complementa o MCCP, disponibilizando ferramentas para continuar conduzindo tal método em seus quatro componentes, a depender de fatores individuais de cada paciente.

Entretanto, embora as sugestões de conduta sejam atraentes, o nível de evidência dos achados é fraco. Para pautar-se em boa ciência, faz-se necessário pesquisar mais o tópico futuramente, tentando realizar estudos com o maior rigor científico que um tema tão subjetivo permita. A princípio, pode ser interessante verificar, entre os médicos de família brasileiros, quais as suas percepções da aplicabilidade da teoria em seus diferentes contextos, para então se pensar em estudos com pacientes e profissionais que nos auxiliem a testar as sugestões de conduta na prática.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro e a Tatiana Monteiro Fiuza a participação na banca de defesa de conclusão de curso do trabalho original, realizada em 8 de abril de 2021, e o incentivo para a realização da publicação em forma de artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

IGP: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. SCG: Conceituação, Escrita – Revisão e Edição. EPAG: Conceituação, Escrita – Revisão e Edição. GMAC: Supervisão, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
2. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol* 1992;28(5):759-75. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
3. Obegi JH, Berant E. Introduction. In: Obegi JH, Berant E, eds. Attachment theory and research in clinical work with adults. New York: The Guilford Press; 2009.
4. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *Br J Psychiatr* 1977;130(3):201-10. <http://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>

5. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Yogman M, Brazelton TB, eds. *Affective development in infancy*. New Jersey: Ablex Publishing; 1986. p.95-124.
6. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987;52(3):511-24. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
7. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61(2):226-44. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
8. Shaver PR, Mikulincer M. An overview of adult attachment theory. In: Obegi JH, Berant E, eds. *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: The Guilford Press; 2009.
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? how to do it? *Einstein (São Paulo)* 2010;8(1):102-6. <http://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
10. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res* 1998;11(4):195-206. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7)
11. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006;14(1):124-31. <http://doi.org/10.1590/s0104-11692006000100017>
12. Hoff T, Collinson GE. How do we talk about the physician–patient relationship? What the nonempirical literature tells us. *Med Care Res Rev* 2016;74(3):251-85. <http://doi.org/10.1177/1077558716646685>
13. Calvo V, Palmieri A, Marinelli S, Bianco F, Kleinbub JR. Reciprocal empathy and working alliance in terminal oncological illness: the crucial role of patients' attachment style. *J Psychosoc Oncol* 2014;32(5):517-34. <http://doi.org/10.1080/07347332.2014.936651>
14. Thompson D, Ciechanowski P. Attaching a new understanding to the patient-physician relationship in family practice. *J Am Board Fam Med* 2003;16(3):219-26. <http://doi.org/10.3122/jabfm.16.3.219>
15. Holwerda N, Sanderman R, Pool G, Hinnen C, Langendijk JA, Bemelman WA, et al. Do patients trust their physician? The role of attachment style in the patient-physician relationship within one year after a cancer diagnosis. *Acta Oncol* 2012;52(1):110-7. <http://doi.org/10.3109/0284186x.2012.689856>
16. Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliat Med* 2005;19(2):143-50. <http://doi.org/10.1191/0269216305pm994oa>
17. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor patient relationship in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2010;28(3):185-90. <http://doi.org/10.3109/02813432.2010.505447.36>
18. Zaporowska-Stachowiak I, Stachowiak K, Stachnik K. Two is a perfect number: Patient-doctor relationship and patient attachment style in palliative care. *J Health Psychol* 2019;24(5):549-60. <http://doi.org/10.1177/1359105317721307>
19. Jimenez XF. Attachment in medical care: a review of the interpersonal model in chronic disease management. *Chronic Illn* 2017;13(1):14-27. <http://doi.org/10.1177/1742395316653454>
20. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):29-35. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.29>
21. Ciechanowski P, Russo J, Katon WJ, Lin EH, Ludman E, Heckbert S, et al. Relationship styles and mortality in patients with diabetes. *Diabetes Care* 2010;33(3):539-44. <http://doi.org/10.2337/dc09-1298>
22. Sullivan MD, Ciechanowski PS, Russo JE, Soine LA, Jordan-Keith K, Ting HH, et al. Understanding why patients delay seeking care for acute coronary syndromes. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2(3):148-54. <http://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.825471>
23. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther* 2013;93(4):470-8. <http://doi.org/10.2522/ptj.20120137>
24. Maunder RG, Hunter JJ. Can patients be 'attached' to healthcare providers? An observational study to measure attachment phenomena in patient–provider relationships. *Bmj Open* 2016;6(5):1-11. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011068>
25. Brenk-Franz K, Strauß B, Tiesler F, Fleischhauer C, Schneider N, Gensichen J. Patient-provider relationship as mediator between adult attachment and self-management in primary care patients with multiple chronic conditions. *J Psychosom Res* 2017;97:131-5. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.007>
26. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152(9):1423-33. PMID: 7728691
27. Kelly EP, Tsilimigras DI, Hyer JM, Pawlik TM. Understanding the use of attachment theory applied to the patient-provider relationship in cancer care: Recommendations for future research and clinical practice. *Surg Oncol* 2019;31:101-10. <http://doi.org/10.1016/j.suronc.2019.10.007>
28. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267(16):2221-6. <http://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
29. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry* 1977;130:201-10. <http://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>