

Comunicação em Contexto Clínico



JOSÉ M. MENDES NUNES

LISBOA 2010

DEDICATÓRIA

À Ana Cristina e ao Hugo.

Obrigado por existirem na minha vida!

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	6
PREFÁCIO	7
INTRODUÇÃO	9
1. COMUNICAÇÃO HUMANA	12
1.1. Escola Processual	14
1.2. Interferências	15
Interferências cognitivas	15
Interferências emocionais	16
Interferências sociais	17
1.3. Escola Semiótica	17
1.4. Modelo de Gestão Coordenada de Significados	22
Episódios	23
Relações	24
Self	24
Cultura	24
2. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM CLÍNICA GERAL	27
3. COMPONENTES DA COMUNICAÇÃO	36
Comunicação não-verbal	37
Expressão facial das emoções	37
Índices mínimos visuais	38
Os gestos na comunicação	40
Posição do corpo e movimentos	40
Processos mentais	41
a) Procura interna	42
b) Quadro de aceitação interna	42
c) Censura interna	43
O perigo dos estereótipos	43
Modelo de habilidade social	46
4. QUALIDADES DO BOM ENTREVISTADOR	47
4.1. Empatia	48
4.2. Cordialidade	50
4.3. Concreção	51
4.4. Assertividade	52
4.5. Convicção	53
4.6. Modulação da reactividade	58
5. MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE	59
5.1. Evolução do Modelo Clínico Centrado no Paciente	60
5.2. Método Clínico Centrado no Paciente (MCCP)	66
Componente 1: explorar a doença e a dor	70
Componente 2: compreensão da pessoa no todo e no seu contexto	75
Componente 3: procura de terreno comum (<i>grounding</i>)	81
Componente 4: incorporar a promoção da saúde e a prevenção da doença	86
a) Modelo crenças na saúde	86

b) Modelo de Bandura	87
c) Modelo transteórico de Prochaska e DiClemente	87
Componente 5: construir a relação cliente-médico	89
Componente 6: ser realista	93
Mitos sobre o método clínico centrado no cliente	96
6. ENTREVISTA CLÍNICA	98
6.1. Definição e objectivos.....	99
6.2. Condições físicas para a entrevista clínica.....	103
6.3. Tipos de entrevista clinica	106
a) Quanto aos objectivos	106
b) Quanto ao receptor.....	106
c) Quanto ao poder de definir a agenda	107
d) Quanto ao método.....	107
e) Quanto à partilha de poder ou o modelo de relação profissional..	107
7. FASES DA ENTREVISTA CLÍNICA.....	110
7.1. Fase preparatória.....	112
7.2. Fase de iniciação ou de abertura	116
Entrada do doente.....	116
O efeito da aparência física	116
Criar um clima terapêutico.....	117
Clarificar os motivos da consulta.....	121
Intervenções do acompanhante	123
Estabelecer acordo quanto aos motivos	125
Técnicas facilitadoras da verbalização ou de apoio narrativo.....	126
a) Baixa reactividade	126
b) Perguntas abertas.....	126
c) Silêncios funcionais.....	129
d) Facilitações.....	130
e) Empatia.....	131
f) Pedir exemplos	131
Resumo da fase de iniciação ou de abertura	133
7.3. Fase exploratória.....	134
Técnicas de elaboração de conteúdos	134
a) Repetição de frases.....	135
b) Clarificação	135
c) Assinalamentos.....	135
d) Interpretação ou conjectura	136
e) Resumo.....	136
Aspectos comportamentais do ouvinte	137
Avaliação em extensão.....	139
Actualização de assuntos prévios.....	142
Exploração física	142
Principais erros da fase exploratória	142
Resumo da fase exploratória	144
7.4. Fase resolutiva ou de manejo	145
Intervenções motivacionais.....	146

Técnicas de informação	148
Técnicas de influência	154
Técnicas de negociação	158
Resumo da fase resolutiva ou de manejo	162
7.5. Fase de encerramento ou de fecho	163
Resumo da fase de encerramento	165
8. AS EMOÇÕES NA CONSULTA	166
As emoções na construção da relação médico-doente	169
As emoções como instrumento de diagnóstico	172
As emoções na terapêutica	172
9. QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO NA CONSULTA E SEU IMPACTO.....	175
10. A NOBREZA TÉCNICA DA CONSULTA	189
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194

AGRADECIMENTOS

Esta obra é de uma multidão de pessoas que têm como denominador comum o de terem, de alguma forma, interagido comigo contribuindo para aquilo que sou.

Em hora de agradecimentos as palavras são insuficientes para exprimir o enorme sentimento de gratidão a todos os doentes, ou melhor pacientes, com quem aprendi e me fui construindo como profissional e como pessoa.

Entre os colegas, um destaque muito especial para todos os profissionais que há mais de 20 anos iniciaram o Grupo Integrado de Saúde Mental de Sintra do qual fiz parte ao longo de 15 anos e que muito contribuiu para a minha formação e sensibilização para a área da relação clínica. Deste Grupo recordo o seu líder Prof. Dr. João Sennfeldt e, com saudade, a Dr^a Teresa Ferreira. Felicito e agradeço o grande empenho dos colegas Fernando Bolina, Liliana Carneiro, Ana Margarida Levy e Josefina Marau e muitos outros que pelo seu entusiasmo contribuíram para que aquele Grupo seja recordista de longevidade a nível nacional e, se não mesmo, mundial. Muitas das ideias aqui expressas nasceram directa ou indirectamente deste Grupo, pelo que desejo ardentemente não defraudar as suas expectativas e anseio que se sintam representados nesta obra.

Ao Prof. Dr. Pinto Hespanhol, professora associada do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, pessoa que muito estimo e admiro, agradeço a humildade de se predispor a prefaciar a presente obra.

Agradeço a todos os elementos do Equipa Integrada de Orientadores do Centro de Saúde de Oeiras que, há 4 anos, me receberam de modo acolhedor e que muito contribuíram para minimizar a ansiedade e a tristeza da perda resultante da minha mudança de Centro de Saúde.

Pedindo desculpa por esta obra ficar muito aquém das expectativas, manifesto o meu mais sincero reconhecimento à Professora Doutora Isabel Santos pelo incentivo, apoio e crítica construtiva, bem como as pertinentes sugestões de melhoria e, finalmente, por ter prefaciado a presente edição. Ao Professor Doutor Mário Bernardo, agradeço o me ter incluído como elemento do corpo docente da cadeira de Medicina Geral e Familiar, da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, proporcionando-me a oportunidade de continuar a estudar, desenvolver e transmitir o conhecimento na área da comunicação.

Aos internos do Internato Complementar de Clínica Geral, que até hoje partilharam comigo pedaços dos seus trajectos de vida, obrigado pelo estímulo para prosseguir no meu desenvolvimento e pela oportunidade que me concederam de participar nos seus projectos.

À Ana Sardinha, Teresa Libório, Luísa Romeiro, Áurea Farinha, Susana Corte-Real, Rita Lourenço, Carla Pereira, Carla Martins e Patrícia Carvalhal bem hajam pelas críticas e pelo trabalho de lerem o primeiro texto.

Finalmente, peço desculpa a todos quantos defraudei por este livro não corresponder à qualidade que desejavam e esperavam.

José Mendes Nunes

PREFÁCIO

Os doentes e os médicos, os docentes e os investigadores da área da saúde, os orientadores e os internos das especialidades médicas cada vez mais se questionam acerca do que é ser e como se pode criar um bom médico.

A avaliação que os doentes fazem sobre as capacidades interpessoais dos médicos está grandemente relacionada com a confiança, a empatia, a segurança e o apoio evidenciados no relacionamento terapêutico, mas também com a existência de médicos que escutem as suas preocupações e as suas preferências e lhes prestem uma informação sincera sobre a sua situação clínica e sobre as suas opções de tratamento. Os atributos que os doentes referem em relação à confiança são a honestidade, a franqueza, a sensibilidade, o ter em mente os melhores interesses do doente e a vontade de ser vulnerável, sem medo de ser prejudicado.

Pelo que conheço do Dr. José Nunes, autor da presente obra, estou certo que os seus doentes o consideram seguramente “um bom médico”.

A auto-actualização, isto é a necessidade que os médicos têm de maximizar o seu próprio potencial, domina e motiva os seus comportamentos, nunca estando completamente satisfeita. As necessidades sentidas pelos médicos em formação contínua, quanto às áreas temáticas, incluem invariavelmente a Comunicação na consulta. A Formação Contínua na Entrevista Clínica, como meio de satisfação das necessidades de auto-actualização dos médicos, pode ter um efeito benéfico na melhoria da sua satisfação profissional ao proporcionar-lhes não só actualização ou aquisição de novos conhecimentos e atitudes, como também expectativas mais realistas, apoio mais adequado, maior sentimento de identidade, de prestígio e de confiança, maior conhecimento e troca mútua de experiências, melhoria da sua auto-confiança.

Os orientadores e os internos das especialidades médicas sabem que para que a consulta seja um meio adequado de comunicação médico-doente numa perspectiva global, é preciso que os médicos estejam conscientes dos factores essenciais da comunicação frente a frente assim como das diferentes modalidades de comunicação na consulta, que constituem a mensagem do doente para o médico e a retro-informação deste para o doente. Por outro lado, também sabem que para que a consulta seja um veículo adequado de transmissão de informações, é também necessário que os médicos dominem e executem determinadas técnicas de administração de instruções e de conselhos aos doentes.

Finalmente, os docentes e os investigadores da área da saúde cada vez mais têm consciência que “um bom médico” se apoia não só nas capacidades técnicas de um cientista aplicado, combinando os conhecimentos clínicos individuais com a melhor evidência externa disponível, mas também nas capacidades reflexivas do humanismo médico.

O autor da presente obra tem vindo a frequentar, como discente, diversos Cursos de Formação Contínua na área da “Comunicação em contexto clínico”, compilando ao longo de vários anos conhecimentos nesta área baseados na evidência científica, para a qual tem contribuído com a sua própria investigação. A este propósito, é de realçar a sua Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Comunicação em Saúde intitulada “Saúde nos Media”, que apresentou na Universidade Aberta. O Dr. José Nunes tem vindo a divulgar estes conhecimentos em diversas Reuniões de Educação Médica Contínua e de Formação de Formadores a nível das Escolas Médicas, dos Internatos de Clínica Geral e da APMCG, nas quais tem participado activamente como docente. Também exerce a actividade de Orientador do Internato Complementar de Clínica Geral e colabora no Ensino pré graduado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e no Ensino pós graduado da “Comunicação em contexto clínico” em diversas Escolas Médicas.

Embora a generalidade dos autores refira que a consulta é uma aptidão comum às diferentes formas de exercício da profissão médica, em Medicina Geral e Familiar esse encontro singular entre uma pessoa necessitada de auxílio e um médico que lho pode dar é seguramente o seu instrumento privilegiado de trabalho.

O autor desta obra exerce há cerca de 20 anos a sua actividade de Médico de Família e já desempenhou funções de Director de Centro de Saúde e de Subdirector Geral da Saúde, o que lhe permitiu acumular uma vasta experiência na área da “Comunicação em contexto clínico” que complementa, enriquece e documenta os conhecimentos nesta área baseados na evidência científica.

Presentemente, está a exercer a sua actividade clínica a nível de uma nova Unidade de Saúde Familiar, a USF São Julião, no Centro de Saúde de Oeiras, da qual foi coordenador durante o processo de candidatura e de instalação.

Por tudo aquilo que já foi dito não tenho qualquer dúvida em afirmar que o Dr. José Nunes é já há alguns anos uma referência na área da “Comunicação em contexto Clínico” na formação pós graduada em Clínica Geral, está a começar a ser na formação pré graduada em Clínica Geral e espero que com a publicação desta importante obra passe também a ser uma referência nas formações pré e pós graduadas de outras especialidades Médicas e de outras áreas Académicas.

Departamento de Clínica Geral / Centro de Saúde São João da Faculdade de Medicina do Porto
23.Junho.2008

Alberto Pinto Hespanhol

INTRODUÇÃO

Comunicar é um acto definidor da própria vida que, de tão omnipresente, parece dado como adquirido e de pouco valor. Só os seres vivos comunicam e apenas os fazem enquanto vivos. Comunicar é acima de tudo viver ou, melhor, conviver no sentido literal de *viver com*. Assim, é uma atitude social definidora das sociedades e criadora da própria realidade social. A ideia de que a comunicação é um atributo dos seres vivos, tal como é qualquer outra necessidade fisiológica, desvaloriza a importância de melhorar o seu desempenho e contribui para a ideia de essa capacidade ser imutável e pouco susceptível de aperfeiçoamento.

O predomínio das ideias reducionistas e mecanicistas reforçaram a desvalorização da comunicação nos profissionais de saúde, em particular os médicos, que valorizam predominantemente o orgânico, o objectivo, o mensurável. A hiper-valorização dos aspectos técnicos da profissão médica, com o desenvolvimento vertiginoso da tecnologia, bem como a aceitação de que o conhecimento médico é a única forma explicativa da saúde e da doença, levou ao desprezo da vertente comunicacional no processo terapêutico conforme o demonstram os actuais currículos médicos das diversas escolas de medicina.

Os profissionais de saúde encontram-se no mesmo estágio evolutivo profissional dos professores de há 30 anos, em que bastava uma pessoa saber, por exemplo, geografia para logo ser professor de geografia. Hoje, os profissionais de saúde, em particular os médicos, estão precisamente neste estágio em que basta saber medicina para logo se saber exercer clínica. Contudo, a consulta efectiva é o resultado da integração de perícias técnicas com habilidades comunicacionais, entendendo-se como *“habilidade uma sequência de acções intencionadas que se podem repetir voluntariamente”*.

Existe evidência científica de que a aplicação de habilidades comunicacionais tem impacto, por um lado, na satisfação do doente com a consulta o que, só por si, já seria razão suficiente para dar atenção a esta vertente mas, para além disso, tem impacto ao nível dos sintomas e dos parâmetros biológicos.

As habilidades comunicacionais podem ser aprendidas e esses conhecimentos são de longa duração. Os doentes, dos médicos treinados na relação clínica, apresentam melhores resultados de saúde e de satisfação com a consulta quando comparados com outros que não tiveram idênticas oportunidades de formação nesta área.

O movimento de contestação ao modelo reducionista biomédico levou ao desenvolvimento do paradigma biopsicossocial que defende a abordagem do doente de um modo holístico. O crescimento desta doutrina permitiu o amadurecimento teórico e prático de um novo método clínico conhecido como Método Clínico Centrado no Cliente.

O autor da presente obra é médico de família pelo que toda a abordagem é centrada na filosofia, na actividade e na função do Clínico Geral / Médico de Família, contudo, os princípios e as regras básicas da comunicação são aplicáveis a toda e qualquer relação clínica.

Ao longo da obra, com frequência, se utiliza o signo *cliente*, no sentido definido por Carl Rogers, *“é toda a pessoa que procura ajuda”*. Cliente é a designação

preferencial do autor para representar os que recorrem aos serviços de saúde, por duas ordens de razão. Em primeiro lugar, as designações utente, paciente, doente, pessoa, têm como característica comum o facto de evocarem sujeitos que *procuram ajuda*, seja por doença ou por necessidade de vacina, seja porque precisam de certificado de robustez ou de declaração médica para efeitos de obtenção de carta de condução. Em segundo lugar, se os serviços de saúde considerarem como clientes os sujeitos que os procuram, isso pressupõe que colocam no centro da sua actividade os interesses da população alvo, procuram adaptar-se às suas necessidades e reconhecem, para além do impacto da sua actividade, a satisfação dos clientes como factores determinantes da sua existência. Apesar da preferência pela designação de cliente, com frequência o autor utiliza indistintamente aquelas designações. No âmbito desta obra, os vocábulos, doente, utente, pessoa, paciente ou cliente, devem ser vistos como sinónimos, podendo o leitor usar o que entender mais útil ou adequado, de acordo com a sua personalidade e cultura, desde que entenda que, com a sua utilização, está a designar o sujeito que recorre aos serviços de saúde.

As teorias da comunicação são abordadas aplicando os seus fundamentos na análise da relação clínica ou, de modo mais abrangente, na relação entre população cliente e serviços de saúde, com o objectivo de propiciar um edifício teórico-prático coerente na comunicação em saúde.

O Modelo Clínico Centrado no Cliente é descrito tendo em conta a sua aplicabilidade ao contexto da clínica geral, onde o seu valor como método de abordagem clínica atinge o seu máximo de utilidade e rentabilidade prática. Neste capítulo, aborda-se o *que fazer* para a prestação de cuidados de saúde de qualidade tendo em consideração as diferentes dimensões da pessoa, isto é, a abordagem holística, muito defendida pela Medicina Familiar que, na prática, se mantém refém do método centrado na doença.

Os capítulos especificamente relacionados com a entrevista clínica descrevem o *como fazer* para atingir o objectivo último de todo o acto clínico: maximizar os resultados da relação clínica no interesse do cliente.

Se aceitarmos a metáfora de Balint, "*o médico é o fármaco mais prescrito em clínica geral*", esta obra é uma aproximação à **farmacologia clínica do fármaco "médico"**. Seguindo este princípio, o médico tem uma farmacodinamia, isto é, provoca efeitos no doente, e tem uma farmacocinética, ou seja, é transformado na interacção com o cliente. Considerando este raciocínio metafórico, o capítulo das "emoções na consulta" aborda a farmacocinética do médico e as consequências que as transformações (ou adulterações) sofridas ao longo da consulta podem ter nos resultados da relação clínica.

Finalmente, no capítulo "qualidade da comunicação na consulta e seu impacto" faz-se uma revisão da literatura acerca da evidência do impacto das diferentes dimensões da comunicação nos resultados da consulta. A evidência científica, publicada a este respeito, aumenta a um ritmo uniformemente acelerado que faz prever que, num espaço relativamente curto, aumentarão consideravelmente os nossos conhecimentos sobre a utilização da comunicação para a promoção da saúde, a prevenção e a terapêutica da doença.

O desenvolvimento da tecnologia desvalorizou a importância da consulta e o investimento na aquisição das perícias que contribuem para a sua efectividade. O deslumbramento pela tecnologia ofuscou a arte da consulta, levando a considerá-la como um acto menor no ciclo de prestação de cuidados. Esta atitude tem contribuído para a desvalorização dos profissionais de saúde cuja actividade predominante é a consulta. Por outro lado, conduziu à redução da auto-estima destes profissionais que, assim, desvalorizam o seu próprio objecto de trabalho, dando-o como um procedimento ou acto que dispensa investimento, não o vendo como uma oportunidade de realização profissional. Os objectivos gerais desta obra são, por um lado, contribuir para a humanização da medicina e, por outro, consciencializar os profissionais de saúde de que a consulta é o acto mais antigo e nobre da arte médica, em que cada um tem a oportunidade de ajudar outrem e, através desta ajuda, evolui no sentido da excelência como profissional e como ser humano.

O objectivo primário deste trabalho é motivar a aprendizagem da comunicação e chamar a atenção para a sua inclusão nos programas de ensino médico, a todos os níveis.

1

COMUNICAÇÃO HUMANA

Sendo impossível não comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus doentes e nos outros profissionais.

1. COMUNICAÇÃO HUMANA

Comunicar vem do latim *comunicare* que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”, partilhar (partilhar ideias, emoções, cultura, etc.).

Em termos genéricos, podemos definir a comunicação como um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos pelos outros. Ela permite a adaptação ao ambiente, modificar e transformar esse mesmo ambiente construindo a realidade social. Embora frequentemente se ouça dizer, nomeadamente nos serviços de saúde, que eles não comunicam entre si, ou que há uma falta de comunicação, a comunicação é omnipresente, tal como diz Watzlawick “*não se pode não comunicar*”¹. Sendo impossível não comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus doentes e nos outros profissionais. Por outro lado, a comunicação obedece ainda a outra lei fundamental, a da irreversibilidade, ou seja, uma coisa uma vez dita não pode deixar de existir. Bastante demonstrativo disto são as consequências dos boatos ou das falsas notícias que, por mais que se façam desmentidos, a anátema sobre o actor da notícia não mais deixa de existir. São ainda exemplo desta irreversibilidade os falsos diagnósticos, ou as profecias médicas transmitidas aos doentes que, apesar de nunca se encontrarem dados objectivos da confirmação, o doente pode viver amarrado e amargurado com o peso delas toda a sua vida. O reconhecimento da importância da comunicação por parte dos profissionais de saúde é condição *sine qua non* para a tão desejada e sempre reclamada humanização dos serviços de saúde.

O interesse no estudo da comunicação tem levado à criação de vários modelos teóricos que visam permitir a análise do processo comunicativo. Dentro destes movimentos de teorização, para efeitos práticos, e entendendo a comunicação como a “*interacção social através da troca de mensagens*”, consideramos duas escolas predominantes: a escola “processual” e a “semiótica”

A escola processual entende a comunicação como um processo de transmissão de mensagens. Estuda os emissores, os canais e os receptores. Vê a comunicação como um processo de uma pessoa afectar o comportamento ou o estado de espírito de outra. Quando o efeito não é o esperado, entende-se que houve falha do processo comunicativo e a análise visa identificar as causas da falha de modo a corrigi-las.

A escola semiótica estuda os signos e os significados, vê a comunicação como a produção e a troca de significados. Neste caso, estuda o modo como as mensagens ou os textos interagem com as pessoas de modo a produzir significados, isto é, estuda o papel dos textos na cultura. Para esta escola, o não alcançar os objectivos esperados não é visto como um fracasso mas antes o resultado de diferenças culturais entre o emissor e o receptor (John Fiske, 1999). Esta diferença cultural pode ser vista como uma oportunidade de enriquecimento mútuo das duas culturas, preservando as subculturas. Se queremos, nestas

circunstâncias, reduzir as divergências de significações teremos que investir na minimização das diferenças culturais, logo os factores determinantes da comunicação estão na sociedade e no meio envolvente e não no próprio processo comunicativo.

A entrevista clínica obedece às características de um modelo de comunicação, pelo que poderá ser de interesse fazer uma breve referência a estas duas escolas e, para além disso, faremos a apresentação do Modelo de Gestão de Significados (Cognitive Management of Meanings – CMM) por ser um modelo que parece conjugar as duas escolas e por o considerarmos de grande utilidade para a análise da relação interpessoal de médico e cliente.

1.1. ESCOLA PROCESSUAL

Da escola processual destacamos o modelo de Shannon e Weaver, modelo muito simplista mas que teve o mérito de ser um dos primeiros a tentar sistematizar o estudo da comunicação. Este modelo pressupõe a existência de emissor e receptor. O emissor é a fonte de informação enquanto o receptor é o que recebe a informação transmitida pelo primeiro. Para estes autores a comunicação é um simples processo linear. A “fonte” é vista como a detentora de poder de decisão sobre a agenda e sobre o conteúdo da mensagem. Esta mensagem é transformada pelo emissor num sinal que é enviado ao receptor. Entre ambos circula um conjunto de códigos que constituem a mensagem.

A mensagem circula através de um meio físico (ar, cabos telefónicos, papel, etc.) que constituem os canais de comunicação.

O ruído é algo acrescentado ao sinal entre a transmissão e a sua recepção, constituindo a principal preocupação de Shannon e Weaver. O conceito de ruído tem sido alargado de modo a conter qualquer sinal recebido que não tenha sido emitido pela fonte.

Por outro lado, o ruído semântico é qualquer distorção de significado que ocorre no processo de comunicação e que não foi pretendido pela fonte mas que afecta a recepção da mensagem no receptor, por exemplo alterações da dicção.

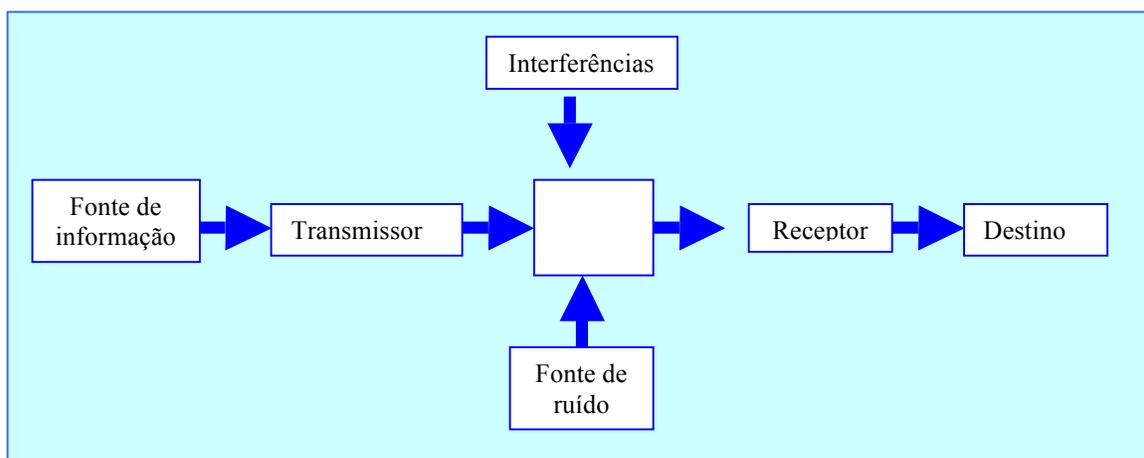


Fig. 1. Modelo de comunicação de Shannon e Weaver (1948)

Por ruídos entendem-se os fenómenos físicos que afectam quer a emissão quer a recepção da informação (afectam os fenómenos sensoriais). As interferências são fenómenos de ordem psicológica que têm as mesmas consequências. Ambos podem ser altamente perturbadores da comunicação. Os primeiros geralmente são mais evidentes e, evitá-los, pode ser relativamente fácil. Os segundos podem ser mais subtis, muito mais difíceis de evitar e, geralmente, têm maior impacto no resultado da interacção.

Exemplos de ruídos:

- Recepção inadequada no centro de saúde.
- Consultas superlotadas.
- Decoração e desenhos de espaços inadequados.
- Interrupções frequentes.
- Chamadas telefónicas.

E. Fernandez², num estudo realizado no Centro de Saúde de Aveiro, encontrou uma média diária de 13 interrupções numa consulta de Clínica Geral, sendo 76% por telefonemas, 20% pela entrada de enfermagem no gabinete e 10% por administrativos. A duração de cada interrupção variou de trinta segundos a três minutos e vinte e seis segundos, totalizando, ao fim do dia, 20 minutos.

Pela importância das interferências, atribuímos um capítulo específico para a sua abordagem que se segue.

1.2. INTERFERÊNCIAS

As interferências são fenómenos de ordem psicológica do receptor que determinam a forma como este faz a leitura das mensagens. São o resultado das suas experiências, vivências e personalidade. Segundo Japers (citado por Borrell i Carrió³) as interferências podem ser classificadas quanto ao seu tipo em cognitivas, emocionais ou sociais. O seu reconhecimento é o resultado da consciencialização do papel activo do receptor que deixa de ser um mero ser passivo, como se absorvesse a mensagem qual esponja absorve um líquido.

Aqui faremos uma breve revisão das interferências do médico, devendo ter em consideração que, na relação médico-doente, se adicionam as interferências do doente como factores de contingência.

Interferências cognitivas

O problema do doente não é percebido ou compreendido pelo médico por vários motivos que residem em pensamentos automáticos que este desenvolveu e cristalizou ao longo do seu trajecto pessoal e profissional.

Segundo Williamson, agrupamos as interferências cognitivas em três grupos de mitos que estão na base de concepções erradas que se reflectem na relação. Um conjunto de acepções que assentam na ideia que o médico tem sobre o seu papel profissional:

- O meu dever é descartar doenças orgânicas e só depois abordar os problemas psicossociais;
- Se não excludo, exaustivamente, todas as hipóteses de sofrimento orgânico os doentes podem piorar e os meus colegas vão-se rir de mim;

- Os problemas psicossociais nada têm que ver com problemas propriamente médicos;
- É melhor concentrarmo-nos nos problemas orgânicos, dado que nada podemos fazer aos psicossociais;
- Se dou oportunidade a que me apresentem problemas psicossociais, depressa me “queimo”, porque me pedirão mais de que poderei dar.

Um outro conjunto de interferências, de ordem cognitiva, está relacionado com ideias preconcebidas do médico a respeito do doente e suas expectativas. É o que o médico pensa que o doente pensa:

- Não tenho o direito de me meter na área psicossocial porque é invadir a privacidade do doente;
- Falar de temas psicossociais é mexer nas feridas do doente;
- Se falo de temas psicossociais os doentes sentem-se incomodados e não voltarão;
- Mesmo que identifique um problema psicossocial os doentes não aceitam as propostas terapêuticas;
- Se abordo problemas psicossociais os doentes vão ficar dependentes de mim.

Finalmente, um conjunto de interferências cognitivas que estão relacionadas com a forma como o médico vê a relação médico-doente, ou seja a relação terapêutica:

- Não é possível ajudar os outros em problemas que também sofro;
- Não posso ajudar alguém que tem um problema que nunca tratei;
- É difícil lidar com problemas emocionais de outras pessoas.

Interferências emocionais

O factor emocional é dos que maior efeito pode ter sobre a interpretação das mensagens e, assim, sobre as suas consequências. Assim, se pretendemos uma relação funcional é importante uma permanente auto-consciência das emoções presentes. Só através do seu conhecimento é possível dominá-las de modo a interferirem o menos possível na relação ou, mais desejável, utilizá-las positivamente. À consciencialização pelo médico do seu estado emocional e o seu domínio (pela razão), de modo a estar disponível para uma relação terapêutica efectiva, chamamos de *descontaminação emocional*. As interferências emocionais manifestam-se como nervosismo, desconcentração, aborrecimento, irritabilidade, etc.

São exemplos de situações susceptíveis de provocarem emoções destruidoras de qualquer relação terapêutica efectiva:

- Doente afectado com perturbações mentais ou emoções extremas (ressentimentos, agressividade, etc.);
- Receio de redução das actividades vitais, medo da dor ou do sofrimento, medo de ter alguma “coisa má”;
- Atitudes de desresponsabilização excessiva;

- Reacções de projecção (ou contra-transferência) como: 1) medo de prejudicar o doente, 2) medo de perder o controlo da situação, 3) irritabilidade “transportada” do doente da consulta anterior, 4) antecipação de problemas com o doente seguinte.

Interferências sociais

Resultam da diferença sócio-cultural entre o doente e o profissional de saúde. Tratar doentes de uma origem socioeconómica diferente leva o clínico a uma menor sintonia emocional, menor aplicação na consulta e a prestar menos informação ao doente.

A interferência social confirma o provérbio: “ *a quem menos tem menos se lhe dá*”. Os que mais precisam de informação são os que menos recebem. O profissional considera uma perda de tempo informar o doente com baixo perfil socioeconómico porque não acredita nas suas capacidades e, assim, a sua profecia de que o doente é incapaz vai ser confirmada com a manutenção dessa mesma incapacidade, por nada ser feito que lhe forneça instrumentos que o capacitem.

1.3. ESCOLA SEMIÓTICA

A escola semiótica estuda os signos e os significados, vê a comunicação como a produção e a troca de significados. Neste caso, estuda o modo como as mensagens ou os textos interagem com as pessoas de modo a produzir significados, isto é, estuda o papel dos textos na cultura. Saussure chamou ao estudo da linguagem de Semiologia (do grego *semion* que significa sinal) por a considerar ciência dos sinais; mais tarde chamada de Semiótica. Para esta escola, o não alcançar os objectivos esperados não é visto como um fracasso mas apenas como o resultado de diferenças culturais entre o emissor e o receptor (John Fiske, 1999)⁴. Se queremos, nestas circunstâncias, reduzir a discrepância de significados devemos investir na minimização das diferenças culturais. Daqui se infere que os factores determinantes da comunicação estão na sociedade e no meio envolvente e não no próprio processo comunicativo. Como consequência prática destes princípios, conclui-se a necessidade de investir na educação para a saúde a fim de estabelecer uma cultura o mais partilhada possível, para que todos atribuam, aos diferentes signos, idênticos significados.

Os modelos da escola semiótica, cujos autores mais representativos são Peirce (1931-1958) e Saussure assumem que a comunicação é, essencialmente, a criação de significações.

Segundo estes autores, para que duas pessoas comuniquem é imprescindível que entendam o que as suas mensagens significam. A mensagem constrói-se a partir de signos. Concentram-se no estudo das razões que levam a que uma mensagem signifique algo, isto é, no modo de um conjunto de signos se transformar numa mensagem.

Em termos práticos podemos considerar que a escola semiótica se desenvolve em três grandes áreas de estudo:

- Do signo - estuda os diferentes signos, a maneira como estes podem veicular significados diferentes e o modo como se relacionam com os utilizadores;
- Dos códigos - sistemas em que os signos se organizam;
- Da cultura - como estes signos e códigos se organizam o que, por sua vez, depende da forma como estes códigos e signos têm existência própria;

A corrente semiótica centra a sua atenção no texto. A escola processual centra a sua atenção nos estádios do processo de comunicação embora também tenha em consideração o texto mas, por vezes, chega mesmo a ignorá-lo. A escola processual atribui um enorme poder ao emissor dando-lhe um papel activo muito superior aos restantes intervenientes. A escola semiótica atribui maior importância ao papel desempenhado pelo receptor chegando a preferir chamá-lo “*leitor*” porque este tem uma atitude mais participativa que a passividade de um simples receptor. O significado de um texto é criado, pelo menos parcialmente, pelo leitor. Este significado depende da experiência, da cultura, das emoções e das capacidades cognitivas do leitor. O signo depende do reconhecimento que os seus utilizadores lhe atribuem. É algo físico. Tendo em conta a perspectiva Saussuriana, Howard Waitzkin (1991) diz que o discurso médico envolve um sistema de sinais cujos significados superficiais são menos importantes que as relações estruturais existentes entre os participantes no encontro clínico, portanto, olhar para lá dos sinais revela uma estrutura profunda que está para além das palavras trocadas.

Para Peirce, a principal preocupação é o entendimento que temos da nossa experiência e do mundo que nos rodeia, interessando-se pela significação e procurando-a nas relações estruturais entre signos, pessoas e objectos.

A significação depende de três elementos: o signo, aquilo a que se refere, os utentes do signo e o código, sistema em que os signos estão organizados. O signo é composto por dois elementos: o significante e o significado. O significante é a existência física do signo enquanto que o significado é a representação mental do mesmo.

Por exemplo o signo “Tuberculose”, o seu significante é o quadro clínico clássico descrito em qualquer tratado médico, porém o significado vai variar em função do usuário do signo, enquanto que para o médico (especialmente se centrado na doença) é sobreponível ao significante. Para o doente o seu significado pode ser muito diferente, o signo “tuberculose” pode significar incapacidade, sofrimento, estigma social, vergonha, agressão na auto-imagem, castigo de Deus, etc.



Fig. 2. Modelo Semiótico de Saussure

Quando, de acordo com o Método Clínico Centrado no Cliente, dizemos que um diagnóstico nunca está completo enquanto, para além da identificação nosológica, não estiver feito o diagnóstico do quadro de representações do doente com a sua doença, estamos a dizer que o conhecimento “daquela” tuberculose está incompleto.

A significação é o resultado da interacção dinâmica entre signo, interpretante e objecto. É datada e, como tal, varia com o tempo. Por exemplo, a tuberculose, tem tido significações diferentes ao longo da história consoante as culturas, assim como teve a epilepsia e outras doenças.

Peirce classificou os signos em:

- a) Ícone, em que o signo se assemelha ao seu objecto como, por exemplo, a maioria dos sinais de trânsito;
- b) Índice é o signo que se relaciona directamente com o seu objecto, por exemplo, o barulho de um carro indicia a presença desse mesmo carro. Na comunicação, entende-se por índice, tudo o que um emissor transmite sem intenção de o fazer (por vezes mesmo contra a sua vontade). Por exemplo, o rubor facial perante alguém que provoca uma dada emoção, apesar de o sujeito emissor querer contrariar a todo o custo essa mensagem, ela não deixa de existir e de dar uma quantidade considerável de informação;
- c) Símbolo é o signo em que não existe ligação ou semelhança entre signo e objecto. Ele apenas comunica algo porque as pessoas concordaram que ele represente aquilo que representa. Por exemplo, o vocábulo “cadeira” representa um objecto de mobiliário porque concordámos que esta era a forma de representar aquele objecto.

Saussure apenas se preocupou com os símbolos (como linguista que era) contudo, os seus seguidores reconheceram que a forma física do signo e o seu

conceito mental podem estar relacionados de forma icónica ou de forma arbitrária e definiram um conjunto de conceitos que convém reter:

- a) Denotação descreve a relação entre significante e significado no interior do signo e a relação do signo com o seu referente na realidade exterior. É o significado superficial dos signos. Por exemplo, o doente que diz ser muito difícil marcar consulta, está apenas a descrever um facto – a dificuldade de marcar consulta;
- b) Conotação é a interacção do signo com os sentimentos e emoções dos utentes e com os valores da cultura. É nestas alturas que as significações são mais subjectivas, por exemplo, no caso anterior, para além da descrição do facto, pode ser conotado como uma crítica ao comportamento do médico. É a conotação que dá o significado e, como diz Falcão Tavares⁵, *“o paciente tem para cada palavra uma interpretação pessoal”* e *“a doença é uma experiência única, colocando muitas vezes a pessoa doente num mundo segregado”*;
- c) Mito, é uma história pela qual uma cultura explica ou compreende um dado aspecto da realidade ou da natureza. São o resultado das ambivalências normais que se transformam em certezas determinantes. É a maneira de uma cultura pensar sobre um objecto, de conceptualizar e compreender ou de explicar o inexplicável, por exemplo, *“doentes analfabetos não compreendem as explicações médicas dos seus sofrimentos”*, ou *“se não prescrever o doente vai pensar que sou mau médico”*;
- d) Metáfora é uma forma de exprimir o pouco habitual em termos do conhecido. Opera por transposição de qualidades de um plano da realidade para outro. É extraordinariamente útil para transformar conceitos abstractos em concretos e, assim, torná-los mais perceptíveis por parte do receptor. Muito útil na educação para a saúde ou na transferência de informação, por exemplo, *“os glóbulos vermelhos são como camionetas de transporte de oxigénio, se são ocupadas com monóxido de carbono proveniente do fumo do tabaco, não vai haver transporte de oxigénio para as células do seu corpo com todas as consequências que pode imaginar”*;
- e) Metonímia é o tomar a parte pelo todo. Opera por associação de significações dentro do mesmo plano. Constrói a realidade a partir de índices. A partir da árvore constrói a floresta. São poderosos construtores da realidade social. As notícias da saúde (mas não só) actuam muito neste sentido. A notícia de uma má prática tende a construir uma realidade social formada por serviços de saúde que, na sua totalidade, funcionam mal. O utente dos serviços, que perante um administrativo (ou outro profissional) teve uma interacção menos conseguida, vai generalizar este acidente a todo serviço e mesmo a todo o Serviço Nacional de Saúde: *“nos centros de saúde e hospitais do Estado somos sempre mal atendidos”*;
- f) Código é um sistema de regras aceites por todos os membros de uma comunidade que usa esse código;

A classificação dos códigos, quanto ao tipo de relação social que satisfazem, foi desenvolvida por Bernstein, nos anos 60 e 70. Este linguista introduziu, de certo modo, a vertente política na linguística ao fazer a relação entre códigos e classes sociais. Segundo ele, os códigos que usamos são determinados pela classe social a que pertencemos. No entanto, considera mais importante a educação como determinante dos códigos que usamos. Por outras palavras, a classe social é um factor que influencia a linguagem mas não a determina inexoravelmente. O mais determinante na definição da linguagem é o tipo de relações sociais existentes. Assim, as sociedades quanto mais fechadas são, mais tendem a usar códigos restritos.

Embora os códigos restritos sejam próprios das classes trabalhadoras manuais, as profissões da classe média também usam códigos restritos, porém, têm a liberdade de usar outros códigos elaborados quando querem.

John Fisk classifica os códigos quanto à natureza do auditório em duas classes: códigos de grande e de pequena difusão. Os códigos de pequena difusão são individualistas e a sua utilização assenta numa relação assimétrica em que o emissor sabe mais que o receptor. Este espera ser transformado com a comunicação no sentido do enriquecimento. O receptor de códigos de grande difusão (por vezes também designados como “restritos” no sentido que a panóplia de signos que utiliza é muito pequena) espera que as mensagens lhe dêem segurança e confirmação. Os códigos de grande difusão acentuam as semelhanças entre “nós”.

Os códigos de pequena difusão (também podem ser designados de elaborados) podem ser elitistas. Na arte são eruditos e socialmente valorizados. Na ciência são usados muitas vezes como índices de perícia. Os códigos de pequena difusão acentuam as diferenças entre “nós” e “eles”. A classe médica utiliza códigos deste tipo e que, em termos sarcásticos, muitas vezes se designa de “*medicalês*”. Este código, é usado como forma de dizer ao leigo que é diferente e que (o médico) domina um conhecimento que aquele não pode entender. Acentua a diferença entre o “nós” médicos e o “eles” doentes e, em certas circunstâncias, a utilização de códigos de pequena difusão pode ser uma manifestação de poder do médico. Há uns tempos, um colega dizia-me: “*quando me aparece um daqueles doentes que tem a mania que sabe tudo, começo a explicar-lhe tudo em termos técnicos, (do tipo: vai tomar a sinvastatina para inibir a actividade da 5-hidroxi-metilglutaril-coenzima A de modo a reduzir a produção do ciclopentanoperhidrofenantreno) que ele deixa logo de se armar e de colocar questões por tudo e por nada*”.

1.4. MODELO DE GESTÃO COORDENADA DE SIGNIFICADOS (CMM)

O CMM (de Coordinated Management of Meaning) foi desenvolvido por Barnett Pearce⁶, recorrendo ao conceito de acto de fala, do filósofo Austin. Este havia definido acto de fala como as acções que desempenhamos pela fala. Neste sentido as palavras são ferramentas ou meios para colocar acções em prática. Considera a perspectiva de que os actos de fala (as mensagens) não são importantes tanto pelo que dizem mas sim por aquilo que fazem. As afirmações não têm em si um significado, mas antes um uso, são um modo de fazer coisas e não simplesmente um meio de falar acerca de coisas. O próprio Pearce diz que *“a linguagem é a ferramenta mais poderosa que os humanos inventaram para a criação dos mundos sociais”*.

Austin classificava os actos de fala em “constativos” e “performativos”. Os primeiros são actos de fala que se limitam a descrever e que permitem julgamentos de verdadeiro ou falso, por exemplo, *“o senhor vai tomar este medicamento”*, o que não significa que realmente vá tomar, pode acontecer ou não, pode ser verdade ou não. Os performativos são por si só os próprios desempenhos, por exemplo, *“declaro esta sessão aberta”*, em que é a própria concretização da abertura da sessão. Note-se, a este propósito, a confusão que muito frequentemente o médico faz quando prescreve um plano terapêutico ao entender este acto como performativo, isto é como se pelo facto de o fazer, ele (o plano) passasse a ter existência real quando, na verdade, ele pode vir a ser aplicado ou não. Os políticos também frequentemente cometem o mesmo erro: publicam uma lei e, com ela, consideram que o problema que a originou está resolvido, por exemplo, considerar o problema dos Cuidados Primários de Saúde resolvido porque se publicou a respectiva lei. Consideram um acto constativo, a publicação da lei, com se fosse performativo. O Rei Jaime VI da Escócia, I de Inglaterra e Irlanda (1566-1625) dizia *“aqui eu sento-me e governo com a minha pena. Escrevo e está feito”*^{*} e, assim, dava por adquirido que conseguia governar o seu Reino, a Escócia, e os que herdara, a Inglaterra e a Irlanda. Quatro séculos depois ainda elaboramos dos mesmos erros da “Lei do Rei Jaime VI e I”: pensamos que basta decretar para logo acontecer.

O que dizemos é determinado pelo contexto e, portanto, os actos de fala não podem ser entendidos isoladamente mas integrados no contexto, definido por: episódio, relação, “self” e cultura, para além do próprio acto de fala. Neste sentido, Wittgenstein, citado por Horácio Lopes⁷, afirma que *“os actos de fala nunca estão completos”*. Eles criam contextos e são dependentes dos contextos em que acontecem.

O que Pearce propõe é um modelo de análise de cada um dos actos de fala, em que considera estes como um átomo, cujo núcleo é o acto de fala em questão mas que só pode ser compreendido e ter existência na sua totalidade, se considerarmos os seus orbitais definidos pelos restantes tipos de contexto: o “EU”, a relação, o episódio e a cultura, ou melhor, as culturas dos intervenientes (Fig. 3).

^{*}*“Here I sit and govern with my pen. I write and it is done”.*

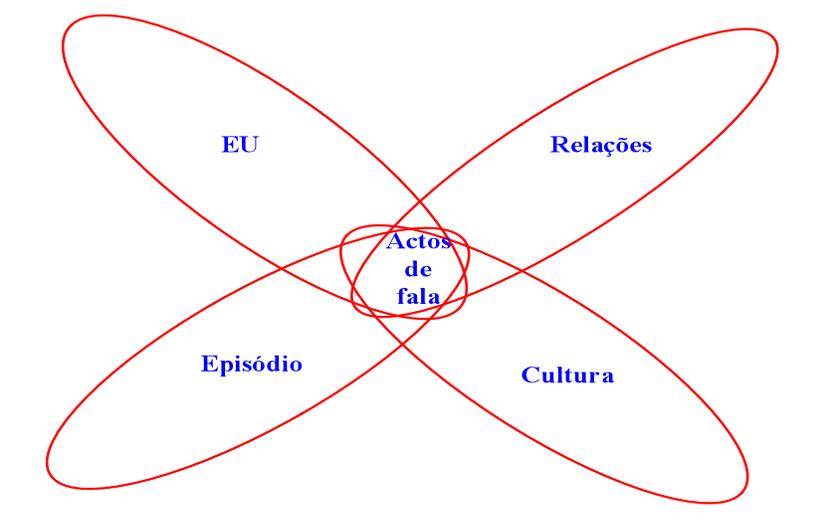


Fig. 3. Modelo atômico de Pearce (CMM)

Episódios

Os episódios são rotinas comunicativas identificáveis como unidades de comunicação pontuadas com início, meio e fim. Cada episódio é definido por um tripleto constituído pelo próprio, pelo episódio que o antecede e pelo que lhe sucede. Com efeito, um episódio é, por um lado, determinado pelo anterior e, pelo outro, condicionado pelo que se espera provocar no subsequente ou pela expectativa do que se pretende provocar. Quando ambos os interlocutores não têm a mesma ideia da sequência de episódios, podem acontecer diferentes interpretações do significado de um acto de fala podendo gerar comunicação disfuncional.

Um exemplo clássico, de como ideias diferentes de sequências de episódios levam a comunicações disfuncionais, é descrito por Paul Watzlawick⁸. Durante a Segunda Guerra Mundial, o estacionamento de tropas americanas no Reino Unido foi uma oportunidade de se estabelecerem relações entre soldados americanos e raparigas inglesas. Segundo a cultura americana, no processo evolutivo do namoro, o beijo é um passo relativamente precoce, contudo na cultura britânica o beijo ocupa um lugar relativamente tardio no processo evolutivo do namoro de tal modo que, para um americano o beijo é um acto banal e para uma inglesa é um acto muito erótico. Assim, o episódio de beijo entre um soldado americano e uma rapariga inglesa tinha interpretações diferentes com as respectivas consequências. O rapaz beijava inocentemente a rapariga e esta ou fugia, assustada pelo atrevimento, ou dispunha-se para a relação sexual convencida que o rapaz tinha encurtado o processo, sujeitando-se a ser interpretada por este como sendo uma desavergonhada. É como se estivéssemos na presença de dois actores que devem representar em cooperação mas que possuem diferentes guiões (*scripts* no dizer de Pearce).

Conclusão, para compreender o significado de um acto de fala é imprescindível que se conheça quais os episódios que o limitam, ou seja, a sua pontuação.

Um exemplo aplicado à prática da relação médico-doente, em que pode surgir comunicação disfuncional por errada sequência de processos, é a tranquilização precoce. Imagine-se a situação de um doente referir tosse e reçar que seja um sintoma de tuberculose, enquanto que o médico enquadra este sintoma como fazendo parte de um quadro alérgico, já anteriormente diagnosticado, e diz:

— *Não se preocupe, isso é da alergia.*

O doente terá dificuldade em compreender esta resposta porque, para ele, este acto de fala só lhe poderá fazer sentido se o médico passou por outros procedimentos anteriores, como por exemplo, fazer o exame objectivo. O saltar estes passos pode ser interpretado como desvalorização das suas queixas.

Relações

Em termos gerais, por relações entende-se toda a série de coisas que estão de algum modo ligadas entre si ou são possíveis de “hifenação”: pai-filho, vendedor-cliente, médico-doente, homem-mulher, professor-aluno, etc. Numa relação os elementos que se interrelacionam sofrem da propriedade da “reflexibilidade” segundo a qual uma coisa afecta a outra e, por sua vez, a relação afecta a conversação. Na relação médico-doente, vários tipos de relação podem emergir, consoante o papel que cada um dos intervenientes assume: de confronto, de cooperação, de sedução, etc. Por exemplo, na consulta motivacional, existe uma relação de cooperação, caracterizada pela partilha de poder, na clássica relação confrontacional há o exercício do poder por parte do médico enquanto que do doente é esperada a submissão. Ora o tipo de relação que se estabelece entre médico e doente é reflectido na construção dos actos de fala e, por sua vez, estes reflectem o tipo de relação que se estabeleceu entre os dois.

Self

A interpretação do acto de fala está, igualmente dependente do estado do EU assumido por cada um dos intervenientes. O estado do EU determina os actos de fala e as suas consequências. O EU Pai a relacionar-se com o EU criança desencadeia actos de fala que serão diferentes se um EU adulto se relacionar com o EU igualmente adulto. As consequências de um EU Pai, do médico, comunicar com um EU criança, do doente, serão diferentes se forem dois EUs adultos a relacionarem-se entre si. Por exemplo, no modelo clássico de relação médico-doente predomina a relação Pai-Criança ou Adulto-Criança, enquanto que no Método Clínico Centrado no Doente predomina a relação Adulto-Adulto.

Cultura

Finalmente, as culturas de quem emite o acto de fala e do receptor são determinantes das consequências do mesmo. A cultura não é fácil de definir e aprende-se participando na vida não estudando-a. Condiciona, como uma moldura, todos os momentos de acção na comunicação interpessoal, impondo

uma matriz de lógicas deônticas* através das quais actuamos e avaliamos as nossas acções. Em termos metafóricos, podemos dizer que a cultura é um guião ou esquema partilhado por um largo grupo de pessoas. Tudo aquilo que é prefigurado pela nossa cultura é interpretado como “normal”. No fundo, cultura é o conjunto de recursos que podemos usar para “normalizar” as nossas percepções e acções. Wittgenstein (1922), citado por Pearce, diz que “*os limites da minha linguagem fazem os limites do meu mundo*”. Para Pearce e Kang (1988) existem dois tipos de limites: horizontes e fronteiras. Os horizontes são limites naturais que vão até onde a nossa percepção pode chegar. As fronteiras são restrições que nos são impostas. Por exemplo, imagine-se na torre mais alta do Castelo de Elvas, o vosso horizonte espraia-se por uma paisagem que parece se estender até ao infinito, sem conseguirmos precisar onde acaba; ao longe, vê-se a cidade de Badajoz, porém, nos tempos das ditaduras ibéricas, a fronteira legal (bem visível, ao contrário da primeira) não permitia que lá se fosse de forma livre. Quer dizer que o nosso horizonte de conhecimento ultrapassava em muito os limites (a fronteira) de até onde podíamos ir. Podemos, agora, definir liberdade como a situação em que as fronteiras são coincidentes ou estão para lá dos nossos horizontes. A tendência natural dos seres humanos é estarem limitados aos horizontes culturais dado que não “existe” o que não sabemos. Contudo, temos a capacidade de expandir o nosso mundo social: analisando o comportamento de outros, entrando dentro do seu mundo, tentando desempenhar outros papéis, etc. Ao fazê-lo, estamos a expandir os nossos horizontes para dentro de outros mundos sociais onde nos sentíamos pouco à vontade. Nesta senda de novos mundos, primeiro aprendemos acerca de outras pessoas, lugares e coisas, depois comparamos a nossa cultura com a deles e, assim, aprendemos sobre a nossa própria.

Toda a comunicação interpessoal ocorre num contexto cultural embora na maioria das situações ele seja invisível. Os limites do mundo social dos conversadores são tratados como horizontes e não como fronteiras. Na comunicação intercultural os limites do mundo social dos conversadores são visíveis e tratados como fronteiras. Existe a ideia que a comunicação intercultural é exótica. No entanto, é fundamental reter que a comunicação intercultural pode ocorrer entre vizinhos, desde que considerem os seus horizontes como fronteiras.

Um outro conceito, relacionado com a comunicação intercultural, é a *tiranía linguística* segundo a qual um dos interlocutores (por exemplo o emissor) exige que o outro (receptor) descreva os factos segundo os termos do primeiro que, por sua vez, ainda vai julgar (ou avaliar) o desempenho do receptor de acordo com os seus padrões. Estes julgamentos são geralmente intuitivos e caracterizam-se por: ser impossível de os explicar ou justificar; o seu criador ter, em geral, uma elevada confiança de que estão “correctos”; e, muito frequentemente, estarem errados. A *práxis* médica, em muitas circunstâncias, aplica a tiranía linguística, porque obriga o cliente a expressar-se usando os

* Entende-se por lógicas *deônticas* o conjunto de valores morais que permitem ao sujeito avaliar do que está certo ou errado ou que deve ou não deve ser.

termos da cultura do médico e, este, vai interpretar e julgar o cliente usando como padrão comparativo a sua própria cultura.

Muitas vezes, é entendido que para uma comunicação intercultural efectiva é imprescindível conhecer a cultura do outro mas, este conhecimento, apenas capacita para descrever e compreender o outro. Não o capacita para estar com o outro. Conhecer outras culturas pode ser uma mera curiosidade pelo exótico. No âmbito do interesse por outras culturas, Pearce define como *exotismo*, o conhecimento acerca de outra cultura, e como “*sensibilidade retórica*” o conhecimento de como comunicar com outras pessoas de culturas diferentes. Nas relações interculturais o mais importante é a sensibilidade retórica.

A sensibilidade requer um bom auto-conhecimento (se não conhecemos os horizontes da nossa cultura, nunca saberemos onde estamos), capacidade de avaliar as contingências das nossas acções, isto é, de antecipar a resposta dos nossos interlocutores às nossas acções e, finalmente, a capacidade de identificar as “aberturas” (*openings*) durante a conversação. Entende-se por “aberturas” todas as frases, acções ou equivalentes que nos dizem estarmos em condições de influenciar o que está a acontecer. Uma das melhores aberturas é a partilha de actividades.

O caso 1 é um exemplo de utilização de “*openings*”.

Esta sensibilidade retórica também está presente, intuitivamente, no mundo dos negócios onde o velho aforismo “*os melhores negócios fazem-se à mesa*” é a evidência desse facto. Na realidade, para o negociante não é tão importante o conhecimento da cultura do cliente mas mais o saber a forma como influenciar as suas decisões e, neste contexto, nada melhor como começar por partilhar uma actividade comum e universal como é a refeição.

Caso 1. Exemplo de opening.

Jovem de 12 anos é trazida à consulta pela mãe porque a escola deu o conselho de consultar um psicólogo, pelo seu baixo rendimento escolar e desinteresse pelas actividades escolares.

Perante este pedido, e após o médico de família tentar conhecer melhor a família através de algumas questões à mãe, pede para ficar a sós com a “doente”. Esta, durante a entrevista, apesar de ter uma atitude simpática e sem hostilidade aparente, dificilmente responde a perguntas abertas e, quando fechadas, limita-se a monossílabos. Assim, seria muito difícil aprofundar o conhecimento e entrar na realidade psico-social desta adolescente. Numa das questões o médico tomou conhecimento de que ela se encontrava a ler “A Lua de Joana” e que estava a gostar muito deste livro. O clínico foi ler o livro naquela noite e no dia seguinte volta a entrevistar a adolescente, falando sobre o entendimento do livro, e recorrendo às suas personagens, foi possível compreender as representações desta jovem e iniciar uma relação terapêutica gratificante para ambas as partes. Na prática partilhou-se uma actividade, neste caso a obra de Maria Teresa M Gonzalez.*

2

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM CLÍNICA GERAL

“A actividade preventiva é, em si, essencialmente uma tarefa comunicacional”.

2. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM CLÍNICA GERAL

Os gregos, da Grécia antiga, diziam que a Medicina se fazia de ervas, faca e palavras. Ao longo dos séculos as ervas e a faca sofreram uma evolução e aperfeiçoamento incontestáveis porém, as palavras permanecem inalteradas, esquecidas, praticamente como no seu estágio primitivo.

No entanto, é através das palavras que se constrói uma relação humana que, em último caso, fomenta a mudança e o crescimento. Somos o que somos graças ao que nos disseram, muito particularmente as pessoas mais significantes da nossa infância e que mais contribuíram para a nossa socialização.

Júlio Pomar, em entrevista concedida à Visão, dizia: “*A palavra é uma espécie de bombom com recheio. Quando se morde, rebenta em gostos ou sentidos vários... A palavra tem a faculdade de ser uma espécie de chave para entrar nos sentidos. A palavra é o corpo que é dado à nossa recordação e à nossa experiência*”.

A indução da mudança de comportamentos ou de estilos de vida só é possível através da palavra. Para mudar os comportamentos ou os estilos de vida não existe comprimido que dispense a palavra. Entenda-se dentro deste conceito de mudança de comportamento, não só a mudança de estilos de vida, como o deixar de fumar, mas também a toma regular e crónica de uma medicação após o diagnóstico de uma doença crónica. É através da palavra que se motiva alguém, a quem foi colocado o diagnóstico de hipertensão arterial, para tomar regularmente um hipotensor.

Por outro lado, todos achamos que a aptidão de comunicar é inata, ou não fossemos seres que nos damos à relação interpessoal desde que nascemos ou... mesmo antes!

Comunicar é essencialmente um acto reflexo: recebemos um estímulo (a mensagem) e respondemos de imediato, a maior parte das vezes sem tomarmos consciência da resposta que emitimos.

Por exemplo, se estamos distraídos, de costas para alguém que não vemos e esse alguém nos dá uma palmada nas costas reflexamente temos tendência a levantar os braços e agredir quem nos bateu. Este reflexo será tão mais rápido e perfeito quanto mais o tenhamos repetido no passado e, sobretudo, quanto maior for a nossa experiência de que tal tipo de estímulo é uma agressão. As transacções comunicacionais são sequências de actos reflexos deste tipo. Como em qualquer actividade, em que se pretenda aumentar o desempenho, exige que o nível de preparação da resposta suba do tronco cerebral ao neocórtex onde, através da consciencialização desses tipos de resposta, se pode modificar e aperfeiçoar o tipo de *ouputs* adaptando-os às exigências do meio ambiente e, assim, aumentar a rentabilidade da comunicação. O treino em comunicação consiste, precisamente, na análise dos processos de transacção de modo a conhecer a sua forma e os seus determinantes.

* In Visão, nº 767, de 15/11/2007.

Exemplo,

Todos nós já tivemos a experiência de chegar a uma instituição e tentar obter uma informação de alguém que passa por nós e que aparenta ser funcionário. Este respondeu, de imediato, com um “não sei” ou “pergunte ali” sem que nos dê a mínima possibilidade de lhe expor a dúvida. Este funcionário tem interiorizado um reflexo: abordagem de desconhecido desencadeia resposta de afastamento.

Ultrapassar este reflexo exige: 1) consciencializar a sua existência e o seu desajustamento; 2) consciencializar, através de autocrítica, de que ele é inadequado à interacção com os clientes; 3) reconhecer a importância de o modificar; 4) querer modificá-lo; 5) identificar resposta alternativa válida; 6) sentir-se capaz de implementar novo tipo de resposta.

Vários são os exemplos, em que se procura aumentar o desempenho através da consciencialização dos actos reflexos como a cinesioterapia para aumentar o rendimento da respiração, o treino da marcha para aperfeiçoar a marcha, a análise dos movimentos, da corrida do atleta de alta competição, a fim de aumentar a sua rentabilidade, etc. Com o treino da comunicação pretende-se alcançar objectivo idêntico: **consciencializar as respostas reflexas e substituí-las ou aperfeiçoá-las de modo a aumentar o rendimento global do desempenho comunicacional.**

A auto-consciência é um processo muito doloroso para o próprio e dependente do auto-conhecimento que, de todos os tipos de conhecimento, é o mais difícil, exigente, perturbante, continuado ao longo de toda a vida e nunca terminado.

Esta aprendizagem deve ser levada ao longo de toda a vida através de:

- Discussão inter pares.
- Reuniões clínicas com relatos de casos.
- Auto-análise e auto-crítica constantes de todas as interacções.
- Vídeogramas de consultas e análise crítica pelo próprio ou por pares.
- Frequência regular de Grupos Balint.
- Seguimento de casos clínicos sob supervisão.
- Submissão a processo psico-terapêutico.

Como todas as definições, a da Clínica Geral também deve ser clara e concisa. No entanto, não podemos ultrapassar a sua intrínseca complexidade porque a sua característica básica é precisamente a complexidade e, como tal, toda e qualquer definição acabará por a amputar ou “desfigurar”. Permitam-me que, a propósito de definição, avoque o que Karl Popper diz relativamente à definição dos seus três mundos: *“a definição constitui um problema lógico em si e que se lhe associa uma grande dose de superstição. As pessoas acham que um termo só tem sentido se tiver sido definido. Porém, mediante algumas considerações lógicas é possível demonstrar que isso não faz sentido. Não digo que as definições não influenciem certos problemas, mas sim que a maior parte deles é irrelevante saber se pode ou não definir um termo ou como o definir. O que é*

necessário é fazermo-nos entender e a definição não é por certo o melhor meio para o conseguir. (...) Portanto, e de um modo geral, as definições não facilitam a compreensão nem tornam as coisas mais claras⁹.

Partilhando da mesma ideia, ponho de lado a ambição de definir Clínica Geral limitando-me a descrever algumas das suas características, tal como poderia fazer em relação a qualquer objecto, como, por exemplo um automóvel, que em vez de o definir o descrevia.

A grande necessidade de definir a Clínica Geral prende-se, em grande parte, com a exigência da sociedade em compreender o seu campo de intervenção dentro dos sistemas de saúde. Além disso, temos a necessidade de, por um lado, marcar a diferença relativamente a todas as restantes especialidades médicas e, por outro, afirmar-se como um campo de especialização médica.

Com efeito, exercia Clínica Geral todo o médico que, sendo licenciado, praticasse medicina sem qualquer diferenciação (i.e. especialização). A evolução da medicina levou ao aumento exponencial do conhecimento impossibilitando que todos possam saber tudo. A fim de reduzir a incerteza a um mínimo nascem as especialidades onde cada um sabe cada vez mais de cada vez menos. Mas esta atomização, há quem diga “*balcanização*”, da Medicina exigiu que houvesse uma especialidade que abordasse a pessoa como um todo socorrendo-se das *expertises* das restantes especialidades médicas e cirúrgicas. O todo significa corpo e alma (*soma e psico*) com tudo o que alma significa – uma mente integrada numa sociedade, com uma biografia e uma cultura que fazem de cada pessoa um ser único e irreplicável. Um especialista que integre a prevenção, o tratamento e a recuperação. Um especialista da saúde porque, no contínuo saúde-doença, ele trabalha predominantemente no extremo da *saúde*, ao contrário das restantes especialidades médicas hospitalares que trabalham no extremo da *doença*.

Mas como o signo “Clínica Geral” dificilmente se dissociava do significado do exercício da medicina sem qualquer diferenciação, i.e., médico que a exercia – o Clínico Geral – era o que não se tinha *diferenciado* em relação à formação de graduação, havia a necessidade de criar um outro signo cujo significado fosse aquela abrangência de abordagem, nasce assim a designação de Medicina de Família ou Medicina Geral e Familiar. Em meu entender tal designação limita a abordagem da pessoa ao seio familiar levando a alguns mal-entendidos e a uma definição de campo de intervenção limitado. Com efeito, a Clínica Geral intervém independentemente de o indivíduo estar integrado ou não numa família. A Clínica Geral aborda o indivíduo integrado na sua sociedade, que inclui a família mas não se limita a ela, utilizando para o ajudar as mais diversas abordagens ao seu dispor que tanto podem ser as abordagens familiares como muitas outras que não se destinam exclusivamente à família.

Para Ian McWhinney¹⁰ a “*medicina de família define-se a si mesma e define o seu corpo de conhecimentos, em termos de um compromisso com a pessoa e não com uma categoria particular de doenças*”, por isso, continuo a preferir a designação de Clínica Geral, apesar de manter a conotação com indiferenciado e abordagem biomédica, porque não consigo encontrar outra melhor que, de um ponto de vista semântico, seja mais representativa da abordagem holística que a

caracteriza e que a diferencie das outras especialidades médicas, predominantemente especialidades *somatologistas*.

A WONCA na sua declaração sobre o papel do Clínico Geral / Médico de Família¹¹, referindo-se às relações médico-doente, destaca os seguintes objectivos:

- 1) Considerar as relações entre o médico e o doente, o médico e a família do doente como aspectos importantes na prestação de cuidados de saúde.
- 2) Compreender como os sentimentos do médico, acerca do doente, influenciam os problemas do doente e o modo como o médico responde a eles.
- 3) Reconhecer a autonomia do doente e sua família na prestação de cuidados, especialmente na aplicação dos planos terapêuticos.

Para os interessados em conhecerem melhor a definição de Clínico Geral /Médico de Família, aconselha-se a consulta do site www.woncaeurope.org.

As queixas que levam o doente à consulta do clínico geral não se destringem da generalidade dos sintomas sugestivos de um vasto leque de possibilidades nosológicas. A dor que o doente refere no peito é, em si, tão pouco específica de uma patologia que pode ser indiciadora de uma infinidade de doenças objecto de intervenção de uma, igualmente, vasta gama de especialidades médicas e cirúrgicas. Perante um dado conjunto de queixas, a ordenação das hipóteses de diagnóstico depende, em muito, da especialidade do médico que encontra. Mesmo perante uma dada lista de hipóteses, o plano de abordagem de diagnóstico vai ser determinado pelo campo de especialização do médico. Mesmo perante um dado diagnóstico, o plano terapêutico vai depender da especialidade médica que o propuser. Traduzindo esta realidade se diz: *“Who you get is what you got”*. À sua maneira, Wittgenstein traduziu a mesma ideia: *“Aquele que só usa o martelo como instrumento, em tudo o que encontra vê pregos”*.

O problema é ainda mais primário na questão básica de saber se o doente tem ou não uma doença, no sentido de alteração funcional e ou estrutural de órgão ou sistema.

No contínuo saúde-doença, apesar de existirem vários cambiantes, o médico tende, dentro de um raciocínio categorial, a classificar todos os seus pacientes em os que não têm e os que têm doença. Por outro lado todos os doentes que recorrem aos serviços de saúde se podem classificar como tendo ou não sofrimento e, a generalidade deles, atribui o seu sofrimento a uma doença, logo sofrimento é igual a doença. Do cruzamento destes dois eixos resultam quatro possibilidades:

- I) O médico e o cliente estão de acordo em que não há doença;
- II) O médico entende que há doença e o cliente não o entende assim;
- III) O médico entende não haver doença mas o cliente está convicto de que ela existe;
- IV) O médico e o cliente estão de acordo em que há doença.

Portanto, existem duas situações em que ambos estão de acordo e outras duas em que estão em desacordo. Qualquer uma delas exige estratégias específicas mas as posições em que não se verifica concordância são as mais exigentes em termos de utilização de habilidades comunicacionais.

Muitos estudos, em clínica geral, apontam para que em cerca de 50% dos doentes que recorrem à consulta não se encontra uma patologia a que se possam atribuir os sintomas, ou seja, o médico não encontra qualquer doença mas o doente não tem a mesma ideia. Se a este tipo de doentes associarmos os doentes em que o médico encontra um ou mais problemas de saúde mas o doente não os reconhece como tal, então podemos concluir que a maioria das consultas em clínica geral são de grande exigência em termos comunicacionais.

Analisemos melhor o que acontece nas duas situações de desacordo:

1. O médico entende que há doença e o cliente não se sente doente (possibilidade II da Fig. 4). Nesta situação, tem tendência para hipervalorizar o problema do doente recorrendo, muitas vezes, a argumentos baseados em cenários catastróficos com a ideia de que o doente, perante argumentos tão pesados, se rende à evidência de que tem um problema. Uma das consequências possíveis desta atitude é o doente alterar a percepção do seu estado de saúde passando a sentir-se mais doente e mesmo com algum grau de incapacidade superior a outro sujeito com idêntica patologia e no mesmo estágio evolutivo a quem não se tenha dado a conhecer o diagnóstico. Um exemplo clássico desta situação é quando se comparam indivíduos com hipertensão que sabem ser hipertensos com outros que não sabem ser hipertensos, a partir do momento em que aqueles tomam conhecimento da sua tensão arterial passam a ter mais dias de absentismo por doença, mais consultas e mais internamentos que aqueles que desconhecem os valores da tensão arterial. Acresce, nesta situação, que a grande maioria dos técnicos de saúde quando informa o doente de que é hipertenso não explica claramente que se trata de um factor de risco de determinadas doenças e não uma doença propriamente dita. Todas estas formas de intervenção têm como consequência a iatrogenização, um dos principais e muito frequente efeito adverso da utilização dos serviços de saúde. Evitar a iatrogenização é precisamente uma das principais funções do Clínico Geral.
2. O médico entende não haver doença mas o cliente tem sofrimento (possibilidade III da Fig. 4). O doente sente sofrimento porém o médico não lhe encontra qualquer quadro clínico definível como doença. Numa boa parte destas situações o médico, com a evidência de que todos os resultados da sua investigação se encontram dentro dos parâmetros da normalidade, limita-se a dizer: “*está tudo bem consigo*”. Perante esta afirmação o doente sente-se perplexo, confuso ou mesmo humilhado: “*como é possível estar tudo bem comigo se eu me sinto tão mal?*”. Como Balint dizia, a afirmação de “*nothing wrong*” muitas vezes significa que a medicina não sabe o que está errado no

caso específico. Outras vezes o médico sentindo que deve legitimar as queixas do doente mas sendo incapaz de o fazer sem colocar um rótulo, isto é um diagnóstico, declara um pseudodiagnóstico, por exemplo, “*são bicos de papagaio*”, ou medicaliza o sofrimento que traduz desequilíbrios entre o doente e o seu meio ambiente.

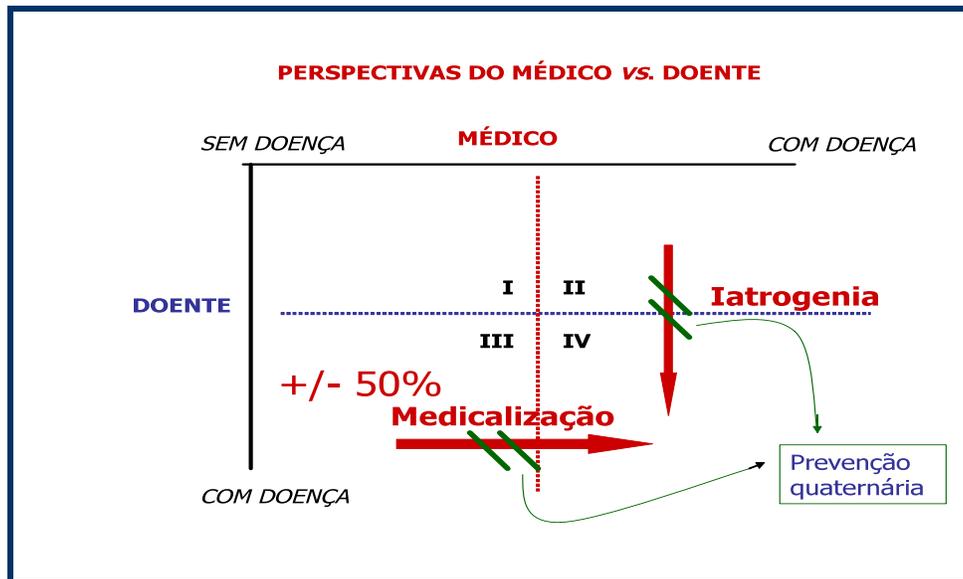


Fig. 4. Resultados possíveis do encontro de perspectivas do médico e doente.

Agora, com uma “doença” declarada o médico já sente a sua intervenção legitimada e, para si, o problema está resolvido por que o doente passou a ter a resposta que procurava. No entanto, este ou vai continuar a não se sentir compreendido e procurar uma resposta ou ajuda que a sua intuição lhe aponta, através de consultas iterativas ou entrando no circuito de *doctors’ shop*, ou, alternativamente, aceita resignadamente o veredicto médico e assume o comportamento e o estatuto de doente com todos os direitos e prerrogativas.

Neste contexto, um dos aspectos que o clínico deve ter como objectivo é o de prevenir a medicalização ajudando o cliente a compreender o que se passa consigo e a encontrar explicações para o seu sofrimento de modo a que procure soluções que se encontram “dentro” de si.

Do que atrás se disse, concluímos que uma das funções mais nobres do Clínico Geral é proteger os seus clientes da utilização inadequada dos serviços de saúde e dos efeitos adversos da utilização dos mesmos serviços, prevenindo a iatrogenia e a medicalização que no seu conjunto podemos chamar de **prevenção quaternária** de acordo com a ideia originalmente proposta por Marc Jamouille e Michel Roland^{12 e 13}.

Na sequência destes autores, o Comité Internacional de Classificações, da WONCA*, no Dictionary of General/Family Practice¹⁴, define prevenção quaternária como: **“acção de identificar os doentes em risco de sobremedicalização, para os proteger de novas agressões médicas e lhes sugerir intervenções que sejam eticamente aceitáveis”**[†].

Esta actividade exige, da parte do técnico, profundos conhecimentos e experiência na utilização de habilidades comunicacionais de forma a ajudar o cliente a compreender o que se passa consigo e a tomar o caminho que melhor lhe convém respeitando os seus circunstancialismos.

A maior frequência de identificação de problemas psicológicos, em clínica geral, encontra-se associada a clínicos gerais mais jovens, unidades de treino, prática em grupo, existência de um técnico de saúde mental, maior prescrição de antidepressivos, taxas de vacinação e de exames Papanicolau acima das metas. Estes achados de Ashworth e colaboradores¹⁵ indiciam a importância do treino dos clínicos gerais e da sua consciência da dimensão psicológica nas suas consultas.

A actividade preventiva, primária, secundária, terciária ou quaternária exige, predominantemente, procedimentos de natureza comunicacional quando comparada com as actividades terapêuticas. Sendo o clínico geral um técnico com preocupações prioritárias a nível preventivo, se outras razões não houvesse, esta seria mais do que suficiente para que na sua formação a aprendizagem de habilidades comunicacionais tivesse uma maior representatividade.

A propósito da importância da comunicação nas actividades preventivas atente-se no que diz o 7º Relatório do Joint National Committee¹⁶ para a prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial, a respeito do problema mais prevalente em Medicina Familiar:

“Os modelos comportamentais sugerem que a mais efectiva terapêutica prescrita pelo clínico mais cuidadoso controlará a hipertensão apenas se o paciente estiver motivado para tomar a medicação prescrita e para estabelecer e manter estilos de vida saudáveis. A motivação aumenta quando os pacientes tiveram experiências positivas com o médico e confiam nele. Empatia constrói confiança e esta é um potente motivador. As atitudes do paciente são grandemente influenciadas pelas diferenças culturais, crenças, e experiências nos contactos prévios com os serviços de saúde. Estas atitudes devem ser compreendidas se o clínico quer criar confiança e aumentar a comunicação com os pacientes e suas famílias” (tradução livre do autor).

* WONCA, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians ou, simplesmente, World Organization of Family Doctors.

[†] Tradução livre do autor. No original: “Quaternary prevention: action taken to identify patients at risk of overmedication, to protect them from new medical invasion, and to suggest to them interventions that are ethically acceptable.

Doutor é o título atribuído ao profissional de medicina e tem a sua origem etimológica no latim, *doctore*, significando “o que ensina” e traduzindo bem a função mais importante do médico. Como Balint e Balint (2006) diziam, a principal razão para nos chamarem de “doutores” é porque efectivamente ensinamos qualquer coisa de muito importante aos nossos pacientes quando os tratamos. É curioso que alguns doentes digam - “aquele medicamento que me ensinou” - quando se querem referir a um medicamento que lhes foi prescrito.

Em resumo a **actividade preventiva é, em si, essencialmente uma tarefa comunicacional.**

Um grupo de médicos e de consumidores peritos na relação doente-médico reunido em Bóston, no estado Massachusetts, em 1998, sob a égide da Pfizer Medical Humanities Initiative, identificaram como principais responsabilidades dos médicos as seguintes¹⁷:

- *Actuar com o mais elevado grau de competência profissional.* A confiança requer a mais elevada competência e capacidade de culturalmente se relacionar e comunicar claramente na relação personalizada.
- *Adquirir mestria nas habilidades comunicacionais.* Para criar um bom entendimento é necessário ter capacidade de comunicar conhecimentos científicos complexos em linguagem perceptível para o doente comum. Ajude o doente a compreender e a absorver os desenvolvimentos médicos. Honre sempre a confidencialidade.
- *Permitir ao doente revelar as suas ideias e ajudá-lo a estabelecer prioridades.* Num ambiente em que o tempo é um bem escasso, o estabelecimento de prioridades tem de ser em colaboração e a ideia do doente do que é urgente tem de ser evidente.
- *Compreender o doente na sua globalidade.* Os conceitos de bem-estar e de dor são individuais pelo que devem ser interpretados no contexto da família, do trabalho, económico, mental e espiritual.
- *Respeitar os companheiros de profissão.* Os doentes esperam que os seus médicos trabalhem bem entre si e com os outros profissionais. As guerras entre profissionais são pesadelos para os doentes. O desacordo desabrido e o comportamento rude entre profissionais, faz o doente colocar em causa a credibilidade e a capacidade do seu médico.

Todas estas responsabilidades apelam a extenso conhecimento das ciências da comunicação humana e treino nas perícias comunicacionais.

3

COMPONENTES DA COMUNICAÇÃO

“Imago animi vultus est.”

(O rosto é o espelho da alma)

Ditado latino

3. COMPONENTES DA COMUNICAÇÃO

A comunicação compõe-se de mensagens verbais, para-verbais e não verbais. Por sua vez a linguagem verbal é constituída por palavras e pode ser oral ou escrita.

Por para-verbal entendem-se as características da linguagem verbal que transmitem, por si só, informação. Por exemplo: entoação, fluidez, tonalidade, ritmo, etc.

A linguagem não verbal é constituída pelos componentes da mensagem que não utilizam palavras como os gestos, a postura, as expressões faciais, o que vestimos, etc. Esta é a forma pela qual transmitimos muitas das nossas emoções e sentimentos. Muitas vezes este tipo de linguagem oferece muito mais informação que a linguagem verbal. Por frequentemente ser desvalorizada, vamos abordar mais pormenorizadamente este tipo de linguagem.

Comunicação não-verbal

A linguagem não verbal é o sinal físico do estado mental e é detectada por alguém com ouvidos tapados mas com os olhos bem abertos.

Podemos classificar a linguagem não verbal em sinais visuais, auditivos e cinestésicos e, por vezes, até olfactivos.

Por cinestésicos entende-se as sensações provenientes da pele, informação proprioceptiva derivada dos músculos e uma subtil combinação de sensações que nos informam do estado mental.

Por vezes (muitas vezes) o doente emite palavras, sons, gestos, etc., que isoladamente não têm qualquer significado mas que dentro de um contexto podem ser “deixas” ou “indícios” fornecidos pelo doente (de modo mais ou menos consciente) na tentativa de “dar oportunidade” ao médico de “entrar” ou “pegar” (no assunto). A estes sinais, que isoladamente não têm qualquer significado e que adquirem importância quando contextualizados, designamos de “chaves mínimas” (*minimal cues*), “índices mínimos” ou “unidades mínimas”. Os índices mínimos não verbais também se classificam quanto ao seu tipo em: visuais, cinestésicos ou auditivos. Dos visuais fazem parte a expressão facial, contacto visual e movimentos oculares. Nos cinestésicos consideramos a postura, a distância, o contacto, o gesto, a mobilidade, o tónus muscular e a respiração. Nos auditivos temos a tonalidade, o volume, o ritmo e a modulação.

Expressão facial das emoções

A expressão emocional tem uma base fisiológica e a linguagem não verbal é um meio, muito mais potente que a linguagem verbal, de tornar público as emoções, as atitudes e as crenças (Argyle M. 2002). Dentro das partes do corpo, que mais contribuem para esta revelação das emoções, destaca-se o rosto, não só pela sua riqueza de expressão mas também pela sua maior acessibilidade. Com efeito, o rosto humano é um complexo sistema de multi-sinais. Estes sinais faciais acrescentam, à informação verbal manifesta, um manancial quase infinito de informação adicional, como:

- Atributos e personalidade do individuo;

- Grau de interesse ou desinteresse;
- Grau de capacidade ou de incapacidade para comunicar;
- Informação do contexto;
- Regulação da conversação;
- Grau de veracidade ou de falsidade da mensagem;
- Emoções ou estado do humor.

Muitas das avaliações feitas sobre o rosto humano e suas expressões são o produto de estereótipos geradores de enormes mal entendidos.

Uma das questões, sempre presente, é saber em que medida o rosto humano fornece informações sobre o estado emocional. Por outras palavras, qual é o grau de precisão das expressões faciais como meio informativo dos estados emocionais?

Sabe-se que o grau de precisão da informação fornecida através das expressões faciais é elevado quando se avaliam as emoções em termos genéricos (emoções positivas *versus* negativas). Por outro lado existem indícios de uma razoável precisão nas ilações feitas a partir de expressões faciais emocionais em seis categorias: alegria, surpresa, tristeza, medo, fúria e repugnância. Estas avaliações são feitas a partir de fotografias de actores em pose representando aquelas emoções intencionalmente. Contudo, os resultados destes estudos não podem ser generalizados, não só porque as expressões faciais em pose não são convenções similares às da linguagem mas também porque são de prever variações transculturais.

Associar contracturas musculares a emoções não parece ser fácil já que, o mais provável, é que cada área facial possa expressar uma grande variedade de emoções. Para além disso, a interpretação das expressões faciais depende do contexto em que acontecem. Fazem parte deste contexto as expressões faciais prévias e posteriores, posição corporal, gestos, local onde se desenrolam, características de paralinguagem, padrão de olhar, o discurso verbal concomitante, os interlocutores presentes e algumas interferências do meio ambiente por exemplo, a ansiedade.

A interpretação das expressões faciais está dependente das expressões prévias, por exemplo, a expressão de tristeza parece mais marcada se for antecedida de uma expressão de felicidade, enquanto que as expressões de alegria parecem menos intensas se sucederem a rostos alegres. A isto se chama “**efeito de contraste**”.

Índices mínimos visuais

O olhar tem um relevo particular na comunicação verbal, funcionando os olhos como janela da alma. Logo no início da vida, o bebé e a mãe comunicam entre si e interagem de maneira intensa sendo essas mensagens determinantes para o bom desenvolvimento da criança, fazendo-o sentir-se amado e protegido. Mães ansiosas, angustiadas ou deprimidas transmitem sensações de mau estar. Olhares de mãe tranquila e feliz são mais poderosos que todas as vitaminas no desenvolvimento dos factores de resiliência.

A dilatação e contracção da pupila, os contrastes entre pupila, íris e córnea, reforçados pelo grau de contracção dos músculos peri-oculares determinam o

afastamento ou a aproximação do contacto visual, desempenhando papel fundamental na comunicação dos afectos, estados amorosos ou jogos de sedução.

Os movimentos oculares contêm uma informação frequentemente ignorada que, de tão omnipresentes, passam completamente despercebidos e são registados apenas a nível subconsciente.

Estes movimentos são a expressão e variam conforme os conteúdos do pensamento de quem fala. Com efeito, os olhos, durante a conversação, movem-se segundo direcções e sentidos determinados, conforme descrito na figura 5.

É evidente que não se pretende que o médico mantenha uma atenção sobre-humana para poder captar toda esta informação que desfila a uma velocidade vertiginosa. No entanto, na prática, o que se pretende é que se esteja atento a esta actividade e, se perante uma pergunta, o doente apresenta uma sucessão de movimentos oculares acompanhados ou não de outros sinais não-verbais, é natural que esteja a preparar minuciosamente uma resposta largamente censurada ou elaborada sendo, então, fundamental dar-lhe tempo para que a complete.

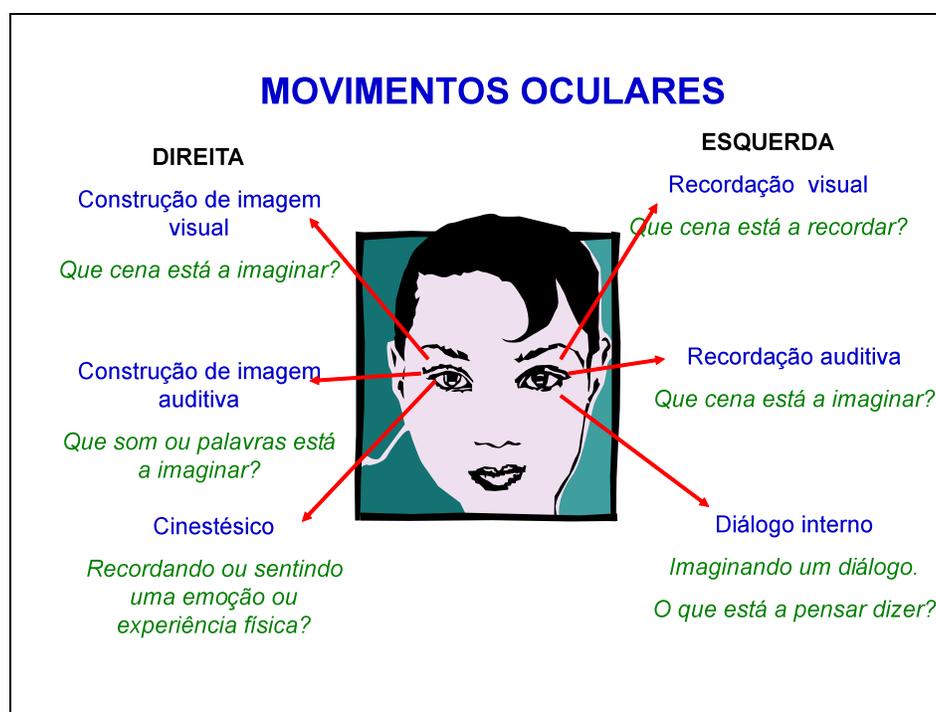


Fig. 5. Significado dos movimentos oculares.

O contacto visual é outro aspecto importante da comunicação. O doente ansioso terá um olhar inquieto, com piscadelas frequentes e olha-nos directamente por intervalos muito curtos. Nos estados mais graves de ansiedade pode-se verificar uma instabilidade dos músculos oculares.

A respiração é superficial, por vezes, interrompida com suspiros. Nos casos extremos a frequência respiratória está aumentada. O discurso é brusco com um tom algo elevado, aclaramentos da voz, entrecortada por tosse, com algumas palavras a saírem em falsete.

O doente deprimido evita o contacto visual. O fâcies é inexpressivo, o olhar apagado e os olhos, por vezes, humedecem-se quando se fala de temas sensíveis. A respiração do deprimido é lenta, cansada, expirando como um suspiro.

O doente enfadado mantém o contacto visual de modo provocador, “cravando” os olhos no médico. A este olhar provocador junta-se um sobrolho carregado, lábios e maxilares apertados.

O doente com comportamento de evitação não manterá o contacto visual. Falará com brevidade e descontração. É um doente que está muito mais preocupado em acabar a consulta do que com os resultados. O seu olhar dirige-se mais para portas e janelas e a sua posição é de fuga.

Os gestos na comunicação

Os gestos funcionam como elementos não verbais da linguagem, geralmente têm um significado universal, embora dependente da cultura.

Os gestos podem ser classificados em:

- a) **Reguladores conversacionais** utilizados para dar ou retirar a palavra ao interlocutor, regulam o fluxo de mensagens. Exemplo: flexão dorsal da mão mostrando a face palmar para o interlocutor em sinal de que deve interromper o seu discurso.
- b) **Ilustradores**, gestos usados para sublinhar ou reforçar o que dizemos. Muito usados pelos interpretes de canções ou declamadores. Exemplo: ao falar sobre o Mundo ilustra com o movimento de braços em círculo, mãos em concha, ilustrando a forma e as dimensões do Mundo.
- c) **Adaptadores**, usados para recuperar a autoconfiança ou conforto. São esvaziadores de ansiedade. Têm o interesse de revelar que o tema em questão desperta emoções no emissor destes gestos. Exemplos: coçar o nariz, afagar o cabelo, empurrar os óculos.
- d) **Emblemas**, gestos estereotipados cujo significado é determinado pelo uso social. Exemplo: V de vitória, o punho fechado.

Posição do corpo e movimentos

Estes são outros elementos da comunicação que podem dar ao médico um enorme manancial de informações.

Um doente incomodado senta-se à beira da cadeira e ligeiramente inclinado para a frente, por vezes, as mãos e os pés estão numa posição que lhe facilita ao máximo o poder levantar-se: mãos no bordo da cadeira, um pé à frente e outro atrás. Este doente está numa situação de desconforto máximo e é nossa obrigação, antes de mais, convidá-lo e criar condições para que se descontraia, através de um sorriso que lhe inspire confiança e com frases do tipo: “*esteja à sua vontade, terei muito gosto em ajudá-lo*”; “*quer contar-me o que o preocupa?*”, etc.

Outras vezes, o doente quase se deita na cadeira e tem um ar como se nada fosse com ele. Esta é uma atitude frequente nas crianças, tipicamente reveladora de uma total despreocupação pela consulta. Num adulto, esta atitude pode querer demonstrar que não está interessado na consulta. No caso da criança, será conveniente envolvê-la na consulta através de perguntas directas: “*que pensas sobre o que a tua mãe me acaba de contar?*”. Isto pode valorizar a criança e, deste modo, apelar à sua responsabilização.

Frequentemente o doente cruza os braços, inclina o tronco um pouco para a frente, pode até cruzar as pernas, traduzindo uma posição fechada. Esta posição geralmente traduz um estado de defesa, receio, desconfiança e percepção ou ilusão de que está a ser agredido. Contudo, às vezes, cruzar as pernas ou os braços traduz um estado de conforto.

Se a postura ocorre quando o médico introduz um tema delicado, devemos entender que o este desagrada seriamente ao doente e que, inclusivamente, o doente se impermeabiliza à conversação. Será altura de facilitarmos a verbalização das emoções ou mudar de tema, se nos apercebermos que ele provoca no doente uma tensão excessiva.

Processos mentais

As experiências vividas são captadas como *inputs* sensoriais, sem deformações, de forma completa e sem distorções. Estes *inputs* são armazenados segundo uma organização mental a que chamamos, em termos linguísticos, de **estrutura profunda**. Quando é necessário “retirar do armazém da memória” estas experiências, dão-se processos mentais constituídos por processamentos baseados nas experiências vividas mas que serão traduzidas na linguagem. Neste processo de selecção de experiências, de elaboração e de reconstrução das mesmas para serem emitidas como *outputs*, sob a forma de linguagem, verificam-se uma série de modificações, de reproduções incompletas, com distorções e lacunas. Daqui resulta uma reprodução infiel ao original mas que é o resultado do original ter sido trabalhado de acordo com as suas vivências, personalidade, mitos, receios, sentidos de defesa, expectativas, etc. No seu conjunto, constituem a tradução linguística da estrutura profunda a que chamamos **estrutura superficial**.

A estrutura superficial é o resultado da intervenção de mecanismos de filtragem sobre os dados que são “puxados” à superfície segundo as conveniências do emissor. A actividade desses filtros traduz-se no discurso por conjuntos de pequenos sinais que caracterizam esses mesmos filtros e a que chamamos **quadros de processos mentais**.

As “chaves” ou índices mínimos são sinais subtis que traduzem processos mentais.

Tal como na clínica, em que os sintomas e os sinais se podem agrupar formando síndromes, também na linguagem existem conjuntos ou combinações de índices mínimos que, no seu conjunto, assumem significados particulares (verdadeiros síndromes linguísticos).

No seu conjunto, estes índices mínimos são sinais que traduzem processos mentais. Estes processos mentais são filtros que ao modelarem as “estruturas profundas” determinam as “estruturas superficiais” (definição dos linguistas) Existem três processos mentais cujos conjuntos de “indícios mínimos” importa identificar durante a consulta:

- Procura interna
- Quadro de aceitação
- Censura interna (do discurso)

a) Procura interna

Quando preparamos uma resposta dá-se uma pausa que, quem está de fora, pode entender como uma paragem ou ausência. No entanto este período é de uma intensa actividade mental a que designamos de “**procura interna**”. Nesta situação, a pessoa mostra sinais não verbais muito sugestivos: o corpo estático, olhos desfocados (como se estivesse a olhar para além do médico) e ou a moverem-se agitadamente (como se estivessem a fazer um “varrimento” de todas as imagens visuais arquivadas na memória). Nesta situação, a atenção está dirigida para o interior e os pensamentos e memórias associam-se na imaginação.

A importância de estar atento a estes sinais está em que o médico deve esperar que esta “busca interna” termine e depois, educadamente, solicitar ao cliente que verbalize os seus pensamentos:

- Quer falar-me do que estava a pensar?

Um entrevistador experimentado não tem medo dos silêncios. Os silêncios funcionais proporcionam um ritmo adequado para a reflexão e dão tranquilidade à entrevista.

Caso contrário, cai-se numa dinâmica de pressas conducentes a explorações insuficientes e erros de percepção das chaves de diagnóstico. Neste sentido, recomenda-se uma baixa “reactividade”.

b) Quadro de aceitação interna

Quantos doentes dizem sim a tudo o que médico diz mas o futuro demonstra o contrário?

Os sinais não verbais, de acordo ou de desacordo, são mais fiáveis que os verbais. Daqui a importância de o médico estar atento a estes sinais para avaliar da genuinidade do compromisso assumido pelo cliente.

Designamos de “quadro de aceitação” a imagem física do estar de acordo e que se aceita convictamente as ideias de outrem, sentindo-se honestamente inclinado a dizer “sim”.

A linguagem facial e corporal revela se um indivíduo está numa estrutura de aceitação. Os sinais físicos de um quadro de aceitação variam de indivíduo para indivíduo e de momento para momento.

Tendo em conta esta variabilidade, o médico deve “calibrar” o “quadro de aceitação”, durante a abertura da consulta, colocando algumas perguntas ou afirmações com as quais previmos que o doente concorda e estar atento ao que

acontece durante a resposta. O que for observado corresponde ao quadro de aceitação deste doente e durante essa consulta.

O “quadro de aceitação” é um sinal do doente para o médico de que este pode continuar.

c) Censura interna

À medida que falamos, existe um mecanismo, tipo censor pré-consciente, ou mesmo consciente, que avalia o que dizemos antes de o dizer. Assegura-se que o que vai ser dito não nos meterá em sarilhos. A actividade deste “censor” traduz-se por certos sinais que reflectem informação escondida ou camuflada.

São sinais de censura do discurso:

- Hesitações (no meio de frases);
- Rasuras, alguns detalhes fundamentais para a compreensão do problema são omitidos pelo doente;
- Distorções, o doente transforma os acontecimentos ou comportamentos actuais em conceitos abstractos, como se os conceitos tivessem uma realidade só por si;
- Generalizações, o doente a partir de um facto particular generaliza de tal modo que não deixa hipótese a qualquer excepção;
- Discurso sem sequência, o doente salta de uma ideia para outra, sem uma relação lógica aparente. O entrevistador que adivinhe qual a ligação.

O perigo dos estereótipos

Num processo de transacção comunicacional cada um dos interlocutores, com base nos índices (verbais ou não verbais) que vê no outro, vai formulando hipóteses sobre os pensamentos, as emoções, os sentimentos, enfim, interpreta o mundo do outro. Esta interpretação depende de uma multiplicidade de factores como as vivências do passado, as crenças, a cultura, as expectativas, a personalidade e uma infinidade de outras características e atributos do interpretante (o verdadeiro *leitor* de Saussure). As interpretações são reconstruções simplificadas de percepções originais armazenadas na memória¹⁸, através do processamento esquemático, entendido como o processo de busca na memória do esquema mental (do latim *schemas*, ou, no singular, *schema*) que mais concorda com os elementos que estamos a receber. São automatismos psicológicos que configuram modificações ou, melhor, adaptações dos elementos que percebemos de acordo com os que temos na memória. São os esquemas que cada um possui, com o seu peculiar processamento esquemático, que explicam a forma como a realidade pode ter interpretações diferentes consoante o interpretante. Para Fiske, citado por Daryl Bem, o processamento esquemático ocorre automaticamente e de modo tão rápido que, na generalidade das situações, nem chegamos a ter consciência da sua existência. Assim, quando vemos alguém com uma dada característica classificamos essa pessoa num esquema em que essa característica, entre muitas outras, está incluída e, assim, a partir da parte construímos o todo. A estes esquemas pessoais chamamos estereótipos, por exemplo, ao sujeito com

maneirismos podemos classificar como homossexual. Estes esquemas afectam a nossa percepção e têm, na sua base, as nossas teorias. A nossa teoria diz que os homossexuais têm maneirismos, logo, quem têm maneirismos é homossexual. Como médicos, os nossos diagnósticos são feitos pela identificação de sinais e sintomas que, segundo as nossas teorias, se enquadram numa determinada entidade nosológica. Frequentemente, assumimos o diagnóstico com base na identificação de poucos sintomas ou sinais. Por exemplo, tosse e febre é igual a infecção respiratória. Isto porque a nossa teoria diz que a infecção respiratória se manifesta por tosse e febre, entre muitas outras características.

Outro exemplo de estereótipo e respectivas consequências, observa-se quando, perante uma pessoa bem vestida e com discurso fluente, assumimos ser uma pessoa interessante, inteligente e capaz de compreender o que lhe dissermos. Já a pessoa andrajosamente vestida se enquadra no nosso estereótipo de indivíduo sem cultura, ignorante e incapaz de nos compreender pelo que facilmente desistiremos dele.

Designa-se capacidade de detectar covariações ou correlações à competência para identificar fenómenos que ocorrem associados. Embora esta capacidade seja importante na relação e actividade clínica, infelizmente os estudos demonstram que não somos muito eficazes na identificação de covariações. Quando os nossos esquemas ou teorias nos dizem que dois fenómenos estão associados, tendemos a sobrevalorizar essa associação e a ignorar os indícios que possam apontar no sentido oposto. Quando as nossas teorias nos dizem que dois fenómenos não estão associados, então, dificilmente veremos eventuais covariações entre eles. Em conclusão, nós vemos covariações que as nossas teorias nos prepararam para ver e somos incapazes de ver covariações que as nossas teorias não nos prepararam para ver.

Na linha destas constatações, Fritz Heider (1958) desenvolveu a teoria da atribuição. Segundo esta, nós tomamos o valor facial do comportamento individual e ignoramos ou desvalorizamos as circunstâncias que o envolvem. Por outras palavras, não tomamos em consideração as causas situacionais do comportamento e vamos directos às conclusões disposicionais do sujeito. Se vemos um doente que entra no gabinete de consulta com um comportamento agressivo, de imediato concluímos que se trata de um doente difícil sem procurarmos conhecer quais são as reais causas dessa agressividade. Como Daryl Bem diz nós temos um esquema de causa e efeito para o comportamento humano que nos leva a dar muito mais peso à pessoa que à situação. Ross (1977) chamou de “erro fundamental da atribuição,” a esta tendência para o erro de julgamento devida à hiper-valorização das atribuições disposicionais em desfavor das atribuições situacionais. Outra ilação importante da teoria da atribuição, apontada por Daryl Bem, é que nós cometemos o mesmo erro quando fazemos julgamentos acerca de nós próprios.

Se o interpretante assumir a sua hipótese como a verdade, vai desencadear um processo transaccional que leva à construção de uma realidade assente em premissas erradas. Todo o enredo das telenovelas se baseia nesta característica das relações humanas. Constrói-se uma relação e tomam-se decisões com base

no “*eu penso que ele pensa*”. Também é este fenómeno que está na base do provérbio: “*o que o homem diz de Deus diz-nos mais do homem do que de Deus*” ou, em linguagem mais terrena, “*o que o João diz do António diz-nos mais do João que do António*”.

O técnico de saúde, que transporte os mesmos “vícios” de comunicação para a relação com o doente, sujeita-se a tirar ilações erradas com todo o cortejo de erros consequentes. Claro que ele tem que colocar as suas hipóteses perante o que percebe do discurso do doente, porém deve estar consciente que são meras hipóteses, importantes para desenvolver a interacção, mas que exigem verificação e, para tal, pura e simplesmente deve colocar ao doente as questões adequadas.

Por exemplo, perante o seguinte acto de fala do doente quando entra na consulta:

- *Bolas, Doutor! É muito difícil marcar consulta para si.*

A interpretação, mais frequente, feita pelo clínico é: “*está a culpar-me, a julgar-me mau profissional e que ando sempre a faltar*”.

No entanto, muitas outras explicações do doente podem estar na base deste acto de fala como:

- *O Doutor é muito bom médico e por isso é tão procurado.*

- *O sistema é mau; não o ajudam a organizar o serviço.*

- *Não lhe deviam atribuir uma lista tão grande.*

- *Os administrativos são uns incompetentes.*

- *É impossível marcar por telefone e eu tenho que cá vir pessoalmente.*

O mesmo princípio se deve aplicar por extensão, às ilações e julgamentos que fazemos com base nos comportamentos dos doentes, ou na forma como se vestem, ou como falam. Com base em tais automatismos psicológicos podemos, precocemente, classificá-los de acordo com determinados estereótipos, que associamos a determinadas personalidades e comportamentos. A principal consequência, neste caso, será não prestarmos os cuidados mais adequados ao doente em questão ou de desenvolvermos um processo comunicacional que acaba por “impor” a nossa hipótese ou transformá-la em profecia auto-realizável.

Exemplo:

Um adolescente entra na consulta com ar gingão, de boné na cabeça, mastigando pastilha elástica e com atitude displicente.

O clínico pensa: “*Olha o que me havia de sair na rifa! Este vem mesmo para me provocar. Isto vai acabar mal*”.

Se não relativizar esta hipótese, consciencializar o que está a sentir e aceitar que tem perante si uma oportunidade de por à prova as suas habilidades comunicacionais, sujeita-se a responder com um comportamento igual que vai reforçar o do doente e acabará por confirmar a profecia.

Como consequência prática destes ensinamentos, conclui-se que devemos ser muito prudentes nas interpretações que fazemos quer acerca do que o doente nos diz quer do que pensamos de nós próprios. Claro que as interpretações são imprescindíveis para a evolução de qualquer relação, no entanto, elas devem ser

sempre relativizadas e consideradas como meras hipóteses a confirmar ou a negar.

Modelo de habilidade social

Segundo o “modelo de habilidade social” (*social skill model*), de Michael Argyle¹⁹, a comunicação é uma habilidade social cujo desempenho é semelhante ao de uma habilidade motora como, por exemplo, conduzir um automóvel. Quando se conduz temos um sistema de retro-informação não verbal e o desempenho da condução depende da capacidade de responder adequadamente a essa informação. Esta resposta é parcialmente não verbal. O mesmo se observa durante uma conversa, em que a para-linguagem e a linguagem verbal, associadas a enunciados emitidos, informam o interlocutor receptor que é chegado o seu momento de intervir. É graças à capacidade de interpretação destas mensagens para-verbais e não verbais de retro-informação que o dialogo se desenrola de modo fluido sem tempos mortos e sem discursos simultâneos. Os actos de fala determinantes para o êxito da conversação são parcialmente não verbais e os canais de retro-informação são predominantemente não verbais.

Do modelo de habilidade social resulta uma ilação importante para o treino da comunicação. Os comportamentos a corrigir contêm aspectos verbais, para-verbais e não verbais reflexos e, portanto, exigem a tomada de consciência, só possível quando o próprio não é o “fazedor” do acto mas apenas o analisador. Para tal a teatralização e a videogravação permitem que o *self fazedor* seja analisado de modo objectivo pelo *self psicólogo*.

4

QUALIDADES DO BOM ENTREVISTADOR

Se considerarmos a metáfora de Balint do médico como fármaco, as qualidades do bom entrevistador clínico são as propriedades farmacológicas que determinam o seu poder terapêutico.

4. QUALIDADES DO BOM ENTREVISTADOR

Existe um conjunto de características que um médico se deve preocupar desenvolver e que constituem as propriedades básicas que facilitam o estabelecimento de uma relação médico-paciente funcional, i.e., no sentido de resultar em benefício do cliente. Se considerarmos o médico como um fármaco estas serão as propriedades que contribuem para a previsão do seu poder terapêutico. Em termos didáticos podemos considerar a empatia, a cordialidade, a concreção, a assertividade, a modulação da reactividade e a convicção.

4.1. EMPATIA

O termo empatia parece dever-se ao psicólogo alemão Theodor Lipps que, em 1909, terá definido *Einfühlung* como o processo de “**sentir de dentro**”. Contudo, a divulgação e o desenvolvimento do conceito só se verificam muitos anos mais tarde, nos anos 50, com Carl Rogers ao desenvolver o método clínico centrado no cliente. Os índios americanos chamavam-lhe “*andar nos mocassins do outro*”. Por vezes verifica-se alguma confusão entre simpatia e empatia que importa esclarecer. A simpatia é apenas um sentimento de lamento, preocupação e de comiseração ou pena de um indivíduo em relação a outro. É a expressão dos sentimentos do próprio em relação ao outro e traduz a necessidade urgente de se libertar do seu sofrimento desencadeado pela história do outro.

A empatia é o “estar com” o outro e entender o seu ponto de vista. O foco de atenção é o sujeito com problema, ao contrário da simpatia em que o foco se afasta do sujeito para o ouvinte. Na empatia o indivíduo entra dentro do mundo do cliente e observa o mundo a partir do ponto de vista deste. É como alguém que se descalça e se despe da sua própria cultura para entrar no templo (no mundo) do outro de modo a poder compreender os seus sentimentos e emoções.

Um bom entrevistador tem a capacidade de compreender os pensamentos e as emoções do cliente, bem como de transmiti-las. Podemos dizer que o estabelecimento de um clima empático exige dois momentos: primeiro a interiorização da situação emocional do doente e, segundo, dar a conhecer ao doente que o compreende.

A empatia exprime-se de modo verbal e não verbal. Isto significa que o cliente nos julgará empáticos pelo que dizemos, mas também, ou até mais, por aquilo que mostramos (e ele observa). As emoções são públicas e só os pensamentos são privados. Neste sentido é fundamental estar-se atento à possibilidade de se emitirem mensagens com linguagem paradoxal, isto é, verbalmente dizer uma coisa e não verbalmente dizer o oposto.

Para levar à prática a empatia Carl Rogers propõe:

“Ouvir e dizer ao cliente as suas coisas, passo a passo, exactamente como achamos que a pessoa nos disse no momento. Nunca misturar as nossas ideias ou coisas, nunca atribuir ao cliente qualquer coisa que a pessoa não expressou. Para mostrar que entendemos o que o cliente disse, usar uma ou duas frases que o próprio usou. Isto pode ser feito por

palavras nossas mas, quando se trata de assuntos mais significativos para ele, convém usar a suas próprias palavras”.

A empatia requer uma intensa concentração e está dependente da conjugação de dois componentes não-verbais que se constituem como duas habilidades a desenvolver pelo técnico:

- 1) **Sensibilidade ou descodificação** (*decoding*), entendida como a capacidade de compreender as emoções dos outros, através da linguagem não-verbal, ou seja, a capacidade de fazer a leitura da linguagem não-verbal do interlocutor;
- 2) **Expressividade** (*encoding*), capacidade de expressar emoções através da linguagem não-verbal.

Estas capacidades do médico, de codificar e de descodificar linguagem não verbal, estão associadas à satisfação do doente com a consulta²⁰.

Para Suchman e outros²¹ a empatia tem quatro componentes:

- 1) **Emotivo**, definido como uma capacidade intrínseca do clínico;
- 2) **Moral**, dependente da motivação do clínico que em associação com o componente emotivo constituem as duas condições necessárias para a comunicação empática;
- 3) **Cognitivo**, é a compreensão precisa dos sentimentos do doente por parte do clínico;
- 4) **Comportamental**, entendido como o comportamento comunicacional (de validação) efectivo de retorno da compreensão pelo médico de modo a que o doente se sinta compreendido.

Na construção da empatia com o doente aqueles autores consideram um conjunto de conceitos interessantes e de grande utilidade prática que se encontram descritos no quadro I.

A sensação de ser compreendido pelo outro é, em si, intrinsecamente terapêutica: ela quebra as barreiras de isolamento da doença ou do mal-estar e restaura a sensação de se sentir como um todo. Este é o grande princípio do método clínico centrado no cliente de Carl Rogers. Segundo este psicólogo, basta ao terapeuta ser congruente consigo próprio, aceitar o outro tal como ele é, sem juízos de valor, e estabelecer empatia para, automaticamente, o doente se sentir compreendido, o que só por si tem poder terapêutico, contribuindo para o desenvolvimento do auto-respeito e levando a encontrar soluções mais efectivas para a resolução dos seus problemas.

Quadro I. Conceitos relacionados com a empatia.

Oportunidade empática	Expressão directa e implícita da emoção expressa pelo doente.
Resposta empática	Acto de fala em que o clínico expressa o reconhecimento da emoção evidenciada pelo doente.
Terminador de oportunidade empática	Frase do médico que sucede a uma oportunidade de empatia e que redirecciona a entrevista para “longe” da emoção expressa.
Oportunidade empática perdida	Oportunidade empática que não foi seguida de uma resposta empática.
Oportunidade empática potencial	Frase do doente que o médico pode entender como sendo subjacente a uma emoção mas que não foi expressamente explicitada. Em termos semiológicos é um indício de oportunidade empática.
Continuador de oportunidade empática potencial	Frase do médico que se segue a uma oportunidade empática potencial e facilitadora de exploração e aprofundamento da expressão de uma emoção implicada.
Terminador de oportunidade empática potencial	Frase do clínico que se sucede imediatamente a uma oportunidade empática potencial e que redirecciona a entrevista para assunto longínquo da emoção implicada, geralmente retomando a entrevista diagnóstica com perguntas de carácter biomédico.
Efeito de laço (lasso effect)	O médico responde a um conjunto de oportunidades empáticas com uma resposta empática única.
Efeito de escala (escalator effect)	Quando o doente dá sucessivas oportunidades empáticas (ou potenciais) a que o médico não responde.

4.2. CORDIALIDADE

Quando nos relacionamos com alguém podemos sentir agrado e bem-estar ou desconforto e desejo de que a interacção termine o mais depressa possível. À **capacidade de construir uma proximidade afectiva entre entrevistador e cliente** chamamos de cordialidade

O médico chama o doente para a consulta, abre-lhe a porta e oferece-lhe a passagem, sorri educadamente, esboça uma vénia e cumprimenta-o na forma adequada, através de gesto, indica-lhe a cadeira, etc. Tudo isto traduz a cordialidade, componente das regras de boa educação, que se exprime através de uma linguagem não verbal, como se todo o corpo validasse o outro como pessoa, única e inconfundível. É o clima que envolve a relação, que condiciona os seus resultados e permite classificá-la de “fria” ou “quente”. A cordialidade manifesta-se essencialmente de modo não verbal (ao contrário da empatia) e deve ser adaptada às características do cliente, respeitando o seu espaço pessoal e a sua cultura. Por exemplo, um adolescente é cumprimentado de modo diferente de um idoso. Um olhar franco e directo é um dos componentes

da cordialidade no entanto, deve ser equilibrado entre o suficiente para que o cliente se sinta o centro da consulta sem chegar ao exagero de o intimidar, ao ponto de lhe criar mal-estar e desejo de lá sair o mais depressa possível.

A cordialidade também deve evitar cair nos maneirismos que a façam parecer artificial ou representação tornando ridícula e sem significado qualquer mesura e, com ela, o médico é interpretado pelo cliente como profissional que procura seduzir e capaz de ser falso. É o “soa a falso”. Quem tenta bajular usa a cordialidade como arma de manipulação, no entanto, por muito bom actor que seja, existem componentes próprios das emoções genuínas que não são voluntariamente imitáveis mas que o receptor capta, muitas vezes de modo inconsciente e que percebe como mal-estar ou incómodo.

A própria forma como o clínico se veste é uma forma de comunicar. Através do vestuário transmite-se o tipo de pessoa que é e o modo como respeita os outros e, no cenário da consulta, os doentes. As opiniões dos doentes acerca do modo como se vestem são determinadas pela tradição, geografia e cultura. Kersnik e outros²², num estudo esloveno, encontraram 70% dos doentes a apreciarem o vestuário formal e 53% consideram a bata como o único vestuário aceitável. Contudo, a opinião dos doentes depende muito do tipo de médico que têm como padrão, enquanto que os que usam vestuário formal valorizam mais este, os que tem vestuário informal tem maior admiração pelos que usam bata. De qualquer modo, a bata aumenta a aparência profissional, autoritária e científica e, alguns estudos demonstram que o grau de confiança no médico aumenta com o uso de bata.

4.3. CONCREÇÃO

Esta qualidade é exigida pela consciência de que o médico e o doente podem usar os mesmos signos mas com significados e significantes diversos, consequência da consulta ser um encontro entre duas culturas.

Entende-se como concreção a capacidade do entrevistador estar em constante interrogação sobre se os termos que está a usar são compreendidos pelo cliente e se o que este diz é claro e entendido de igual modo. É a **arte de clarificar conceitos abstractos e confusos**. Cabe dentro deste conceito a capacidade de definir objectivos mútuos para a consulta. Esta qualidade envolve, por um lado, colocar constantemente a hipótese de o outro não entender aquilo que digo tal como eu penso e, por outro, não partir do pressuposto de que aquilo que ouvimos do cliente é aquilo que realmente ele quis dizer.

Os processos de transacção numa relação interpessoal desenvolvem-se numa sequência de colocação de hipóteses que importa verificar, se desejamos uma comunicação eficiente.

Por exemplo, o médico introduz na entrevista um determinado tema e verifica que, na sequência, o cliente emite uma série de gestos adaptadores, acompanhados de movimentação na cadeira para além de um certo humedecimento ocular. Perante estes índices, coloca a hipótese de aquele tema ser um assunto que desperta no cliente um certo estado emocional. Pode prosseguir a interacção partindo dessa hipótese não verificada correndo o risco de construir um entendimento em cima de premissas erradas. No entanto, se

não quiser elaborar em cima de premissas erradas, deve evitar seguir atalhos e verificar com o cliente se de facto a sua interpretação está correcta.

A concreção exige dar esclarecimentos quando utiliza termos técnicos ou outros que não são próprios da cultura do doente. Para além disso, pede-se ao doente que esclareça o que entende por termos que ao médico possam parecer terem sentidos ambíguos ou muito pouco claros. Por exemplo:

- *Há 2 dias que estou com gripe.*

- *Por favor, diga-me o que entende por gripe, isto é, o que sente?*

4.4. ASSERTIVIDADE

Esta propriedade do bom entrevistador pode ser entendida como a capacidade de desempenhar em pleno e com segurança os deveres e os direitos inerentes ao papel social do médico. É a coragem de ser honesto e de defender os seus direitos respeitando os dos outros.

Trata-se de um dos quatro estilos comunicacionais mais frequentemente descritos, sendo os restantes o submisso, o agressivo e o manipulador.

A timidez é um “handicap” que dificulta a asserção. A assertividade é necessária mesmo para elaborar informação. Sem um mínimo de segurança (termo incluído na assertividade) não é possível defender hipóteses próprias e, neste aspecto, liga-se com a convicção.

A expressão máxima da assertividade é dizer “*de momento não lhe prescrevo nada até saber com maior precisão o que está a acontecer*”. Esta atitude ilustra a diferença entre insegurança e ignorância, podendo-se estar seguro na ignorância e assumi-la para melhor a poder enfrentar mas, explicitar ignorância perante terceiros, implica grande assertividade e elevado auto-conceito.



Fig. 6. Assertividade é o equilíbrio entre a submissão e a agressividade

Vários são os factores que contribuem para uma baixa assertividade, todos eles construídos na base de preconceitos ou mitos pessoais:

- Receio de serem valorizados negativamente pelos outros, consequência do mito de que nunca se pode errar;
- Retraimento e sentimentos de inferioridade, traduzindo baixa auto-estima;
- Falta de experiência, próprio de quem se encontra em fase de construção;
- Falta de clareza quanto ao que quer;
- Medo de hostilizar outros, frequentemente consequência de vivências de rejeição traumatizantes.

A ausência de assertividade pode-se manifestar de muitas formas das quais destacamos:

- Dificuldade de elaboração de ideias próprias;
- “Fuga” da consulta, na timidez extrema, o médico pode abreviar as consultas, especialmente quando o motivo o incomoda;
- Imprime pouca convicção na necessidade de mudança de um determinado comportamento, com o consequente impacto negativo no resultado da sua intervenção.

O médico assertivo é um fármaco mais potente que outro não assertivo e, só por si, tem um efeito placebo e de contenção da ansiedade.

Finalmente uma realidade de não somenos importância: a assertividade é igualmente uma condição fundamental para preservar a saúde mental do profissional e esta, deve ser entendida como um bem social.

4.5. CONVICÇÃO

A convicção é a capacidade de acreditar no que é proposto. Falar da convicção, como uma qualidade desejável do clínico, pressupõe que o modo como apresentamos planos de intervenção, conceitos ou seja o que for reflecte as nossas crenças e que essa linguagem subliminar, aparentemente impossível de identificar como estando presente na interacção, é percebida, de modo mais inconsciente que consciente, pelo receptor (neste caso o cliente) e que induz nele a aceitação da mensagem sem pôr em causa os seus conteúdos.

A convicção é estar convencido de que se sabe a verdade. Ela tem muito de parentesco com a crença sendo muito difícil de a diferenciar, havendo mesmo autores que preferem considera-las como sinónimos. Para Wittgenstein, a crença refere-se à verdade mas a convicção é uma crença que não exige ser provada. Fernando Gil²³ ilustra a lógica da convicção citando Leibniz: *“Quando um facto particular é conforme às nossas observações constantes e aos relatos uniformes dos outros, apoiamo-nos nele tão firmemente como se tratasse de um*

conhecimento certo, e quando ele é conforme ao testemunho de todos os homens, em todos os séculos, até onde o nosso conhecimento pode ir, trata-se do primeiro e do mais alto grau de probabilidade “. Quer isto dizer que nos convencemos daquilo que está de acordo (segundo o percebemos) com o que temos interiorizado ao longo da nossa existência. Ora isto não significa que realmente seja verdade, mas é muito provável que o seja, com um tão elevado grau de probabilidade que tende para a certeza absoluta. Então a convicção é concebida como uma certeza absolutamente certa. Neste sentido, e no dizer de Wittgenstein (citado por F. Gil, 2003), “*a convicção é a certeza da certeza*”.

O convicto sabe que sabe e sabe que o que sabe é verdade.

A convicção não é inata. Ela surge através da “passagem pela crítica”. A crítica permite a descoberta de “lacunas”, de “inverdades”, de “inexactidões” do conhecimento. Hoje em dia a democratização da comunicação levou a que muita da informação que é colocada no “domínio público” não seja previamente criticada pelos sistemas de “controlo de qualidade” que garantiam (probabilisticamente, claro!) a verdade da informação.

É neste ponto que os técnicos de saúde devem assumir a responsabilidade de colmatar este efeito adverso da sociedade da informação, por um lado aproveitando a oportunidade gerada pela agenda dos *mass media* que coloca o assunto na agenda do cliente e, portanto o leva a um quadro de dissonância cognitiva que o predispõe à aceitação de informação sobre o assunto em causa. Mas esta predisposição exige da parte do profissional a convicção de que aquilo que tem para transmitir é a verdade, ou seja tem que estar convencido de que a certeza que está a transmitir é certa. Esta certeza é no entanto relativa. Relativa porque se refere ao “estado da arte” naquele momento. É uma certeza datada, mas sempre resultante de um conhecimento que foi sujeito a “discussão crítica”.

A convicção do médico induz convicção no cliente quando aquele lhe propõe um determinado tratamento como, por exemplo, a toma de um determinado medicamento. Se o médico acredita no medicamento é provável que este tenha um maior efeito terapêutico que se for céptico em relação a ele. Os ensaios clínicos com dupla ocultação* visam colmatar a interpretação subjectiva dos resultados por parte do investigador e doente e seria, digo eu, de esperar que também desvanecesse o efeito da convicção do terapeuta sobre o impacto no doente. Contudo, estudos realizados há mais de 30 anos demonstram que mesmo nos ensaios de dupla ocultação tal efeito se mantém. Estudos realizados nos anos de 60 e 70 sobre a utilização da vitamina E no tratamento do *angor*, com desenhos de dupla ocultação e em comparação com placebo, revelaram que o médico que acreditava no efeito da vitamina E encontrou resultados estatisticamente significativos a favor do efeito terapêutico, enquanto outros dois investigadores que não acreditavam em tal efeito demonstraram que aquele produto gerava efeitos terapêuticos no *angor* totalmente idênticos ao placebo.

* Geralmente designados como “duplo-cego” mas prefiro a designação de dupla ocultação tal como o Professor Dr. Andersen Leitão, ilustre Farmacologista da Faculdade de Medicina de Lisboa, já falecido, defendia argumentado que “*nestes ensaios ninguém está cego, pelo contrário, todos estão de olhos bem abertos*”.

Nos anos 50 o meprobamato era comercializado nos Estados Unidos como tranquilizante. Na discussão dos efeitos farmacológicos, os que acreditavam diziam que tinha realmente efeito terapêutico e os cépticos afirmavam que os resultados eram idênticos ao placebo. Para estudar melhor esta contradição foram realizados ensaios, com dupla ocultação e contra placebo, com um médico convicto do efeito do meprobamato e outro céptico. O resultado final revelou que, de facto, o meprobamato saía vencedor na comparação com placebo nos doentes do médico convicto, mas nos doentes do médico céptico o medicamento não tinha qualquer efeito. E segundo Larry Dossey que relata estas experiências, estes estudos foram repetidos em clínicas psiquiátricas e os resultados encontrados foram idênticos²⁴. De onde se conclui que a eficácia do medicamento estava dependente das atitudes e das convicções do médico face ao fármaco. Aqui deve-se ressaltar que estes resultados em nada desvalorizam a importância dos estudos com dupla ocultação, apenas chamam a atenção que mesmo os estudos com metodologias científicas correctas podem ser enviesados por variáveis de confundimento. Acima de tudo demonstram a importância das convicções do terapeuta como determinante do resultado do tratamento no doente. O resultado de uma terapêutica depende da convicção com que o médico a prescreve ao doente.

Este facto explica, pelo menos parcialmente, por que muitos dos medicamentos apresentam elevada eficácia quando são lançados e depois, à medida que vão sendo usados, tende a desvanecer-se essa superioridade de efeitos, como se perdesse propriedades mágicas, devido à soma de desencantos e desilusões que apagam a sua aura de miraculoso.

A Indústria Farmacêutica está bem consciente deste fenómeno e por isso investe milhões de unidades monetárias para gerar a convicção no médico acerca dos seus produtos. As fases de lançamento são minuciosamente preparadas, com numerosas literaturas, algumas pretendendo demonstrar o cientismo do conceito que supostamente está na base do mecanismo de acção do medicamento. Com esquemas gráficos, autênticas obras de arte, e representações metafóricas que ajudam a concretizar o conceito, i.e., a ideia abstracta, ou pelo menos não visualizada, torna-se real e visível (ou melhor, visualizável através de imagens). Todo este processo é a construção de uma “realidade” (virtual) cuja utilidade se fundamenta no princípio de que acreditamos no que vemos e, tais esquemas dão-nos a ver a “coisa” e, se eu a vejo, logo ela existe, donde estas ideias passam a ser reais e não teóricas. Se são reais eu acredito nelas. Muitas vezes a lógica de utilizar um fármaco baseia-se em mecanismos de acção cujos conceitos foram “materializados” através de esquemas gráficos, que estão longe da realidade, mas compreensivelmente mais próximos da capacidade mental de apreender o conceito. Estes mecanismos de acção são constructos teóricos que ao materializarem-se em esquemas acabam por dar a ideia (ou convicção) da indiscutibilidade da sua existência. Estes esquemas funcionam como signos que representam o tal constructo teórico, de tanto serem usados, os signos acabam por ganhar existência própria e, às tantas, já ninguém pensa na explicação do mecanismo básico de acção para o prescrever perante o problema para que foi proposto.

Quanto mais engenhosa é a forma como o medicamento e o seu mecanismo de acção é apresentado e, sobretudo se este conceito estiver dentro da lógica da cultura do médico, mais facilmente este o aceita convictamente, i.e., com a certeza de que está certo na sua convicção. A Indústria Farmacêutica e o *Marketing* sabem que se gerarem no médico a convicção de que o medicamento é eficaz o sucesso comercial está garantido.

Segundo Fernando Gil (2003) os factores da convicção são a educação, o instinto e a praxis. Neste contexto a Indústria Farmacêutica actua sobre o factor educação, esse “*processo difuso e complexo de transmissão das certezas disposicionais que envolvem o agir e o pensamento*”, um autêntico processo de “*adestramento*”. Por outro lado, o factor instinto predispõe a crer nas imagens que nos são apresentadas, tanto mais que a submissão de toda a formação médica contínua à Indústria Farmacêutica facilita a construção, cega e totalitária, sem oposição, de um sistema de crenças, facilitada pela alienação das responsabilidades do Serviço Nacional de Saúde na formação médica contínua.

O outro factor, a praxis, o *marketing* também o sabe explorar bem. Segundo Fernando Gil a “*acção é o lugar da convicção* “. Quando a indústria convida o médico a experimentar o medicamento seja na fase 4 ou na dita “*fase quatrocentos*” (também conhecida por “*treino de caneta*”) está precisamente a levar o médico a ensaiar a prescrição, isto é, a agir segundo um determinado comportamento que, uma vez, executado e posto em acção gera a convicção.

Parece estarmos a fugir do nosso propósito de mencionar as qualidades de um bom médico na relação com o cliente. No entanto, a ideia é chamar a atenção que, embora esteja convencido da importância da convicção do médico para o sucesso da relação terapêutica, devemos estar atentos ao modo como o nosso sistema de convicções se construiu e está a construir.

É fácil o Clínico Geral ter algum défice de convicção. O seu campo de conhecimento é de largo espectro, o que o leva a, em qualquer momento, não ter a segurança absoluta em qualquer uma das áreas do conhecimento ou, no extremo, em quase nenhuma. A todo o momento sente a necessidade de validar os seus conhecimentos. Isto faz com que se sinta inseguro e sem convicção no que está a propor como plano de tratamento. A baixa auto-estima e por vezes a hetero-estima contribuem para minar as suas convicções.

Esta sua insegurança faz dele um verdadeiro especialista na arte de dominar a incerteza. De facto, o médico de Clínica Geral, é de todas as especialidades o que tem de tomar decisões em condições de maior incerteza, não porque tenha poucos conhecimentos mas porque a sua posição no sistema prestador de cuidados o coloca nessa posição. Esta insegurança está bem patente na seguinte anedota que adapto de Roger Neighbour²⁵:

Certo dia foram à caça aos patos, quatro médicos amigos: um internista, um anatomopatologista, um cirurgião e um clínico geral.

Instalam-se junto a um lago onde habitualmente havia patos e escondem-se atrás de uns arbustos que os protegiam de serem vistos. Decidem que apenas dispara um de cada vez.

Passado algum tempo vem um bando de aves que sobrevoa o lago.

É a vez do internista. Aponta a espingarda para o bando, segue o bando com a mira e deixa todas as aves saírem fora do campo de alcance sem que tenha dado qualquer disparo.

Os colegas intrigados perguntam-lhe:

- Mas porque é que não disparaste?

- Não consegui descartar a hipótese de não serem patos!

Segue-se a vez do clínico geral. Novo bando de aves sobrevoa a água. O clínico geral diligentemente aponta a arma, acompanha com a mira o trajecto de voo do bando mas..., tal como o internista deixa passar o bando sem qualquer disparo!

De imediato os outros lhe perguntam:

- Tu também não disparaste! Porquê?

- Estava à espera de que algum de vocês me dissesse para disparar, respondeu o clínico geral.

Agora era a vez do cirurgião. Esperam mais algum tempo e eis que novo bando de aves sobrevoa a água.

O cirurgião mal aponta a arma na direcção do bando, quase sem fixar a mira, dá uma série de disparos que provocam a queda de uma meia dúzia de aves. Virando-se para o anatomopatologista diz-lhe:

- Vai lá ver se alguma delas é pato!

Embora seja uma anedota que caricatura as diferenças de raciocínio das diferentes especialidades em questão, ela retrata bem a incerteza do clínico geral e com ela a insegurança. Mas não deixa de salientar a atitude ponderada do clínico geral e a necessidade sentida de trabalhar em equipa.

Contudo, há áreas do conhecimento em que ele deve estar convicto de que ninguém, ou pelo menos poucos, saberão mais que ele. É o caso do conhecimento global, holístico, que tem do doente. É esse conhecimento global que lhe dá autoridade para integrar as diferentes propostas de intervenção das diferentes especialidades de modo a que resulte um plano de tratamento equilibrado e adaptado às reais necessidades e desejos do doente. No caso do aconselhamento, ele deve estar convicto que é o técnico melhor preparado para ajudar o cliente a ajudar-se. Esta é uma das áreas onde a convicção do médico relativamente à sua eficácia como agente terapêutico é imprescindível. Com efeito, se o médico não estiver convencido de que pode ajudar o doente dificilmente o poderá conseguir. É claro que muito desta força se deve à vontade e ao desejo forte de querer ajudar para além do à-vontade que deve ter nesta área do conhecimento.

Enfim, a convicção do médico é um determinante dos resultados terapêuticos, porque ela, em última instância, induz no cliente a crença de que o tratamento resulta. Contribui para ultrapassar um dos corolários do Modelo de Crenças da Saúde (*Health Belief Model* de Rosenstock), o da *expectativa de eficácia* definido como a “*convicção acerca da capacidade pessoal para realizar a acção recomendada*”²⁶. Segundo este, o comportamento do doente no sentido de preservar ou repor a saúde depende, em parte, de acreditar ou não que se assumir tal comportamento melhora ou preserva a sua saúde. Como diz Larry Dossey (1993) “*o reconhecimento do poder da convicção para configurar os resultados da terapia devia estimular os médicos a examinar criticamente o seu comportamento em relação aos pacientes*”. O médico deve estar consciente de que tudo o que diz ao doente é importante, no sentido que tem consequências,

portanto deve dar mensagens (verbais e não-verbais) criteriosamente escolhidas num contexto centrado no cliente e no respeito absoluto pela sua cultura.

4.6. MODULAÇÃO DA REACTIVIDADE

Entende-se por reactividade o espaço de tempo que o profissional demora para falar depois de o doente se calar. O treino médico num paradigma de centragem na doença, a colocação sucessiva de questões, a ânsia de cumprir com um guião pré-elaborado para a colheita de dados da consulta, a ansiedade para chegar a um diagnóstico rapidamente, leva a que o entrevistador ignore tudo o que o doente lhe possa dizer e que, no entendimento do médico, se afaste da hipótese de diagnóstico precocemente colocada e que condiciona todo o raciocínio e a atenção para os indícios que o doente lhe possa apresentar. Nestas condições o doente mal inicia a resposta a uma questão é de imediato interrompido pelo médico, geralmente com nova pergunta. Por exemplo, alguns estudos, baseados em áudio ou vídeo-gravações de consultas, mostram que os clínicos (em ambiente de Clínica Geral) após colocarem a questão, “*então, o que o traz cá hoje?*”, com que abre a consulta, interrompem o doente com nova questão, em média ao fim de 18 a 22 segundos (variação determinada por valores médios obtidos em diferentes estudos). O curioso é que se deixarem os doentes falar livremente, sem interrupção, isto é, se derem oportunidade a que o “tempo de fuga” se dê, os doentes, em média, terminam o seu monólogo ao fim de 28 segundos. Portanto, verifica-se um hiper-controlo da consulta que pode inibir o doente a expressar os motivos reais que determinaram a sua ida à consulta.

O bom entrevistador deve, por um lado estar atento à linguagem não-verbal do doente para poder identificar silêncios funcionais que correspondam a períodos de elaboração de discurso por parte do doente, conter-se de interromper o doente deixando-o contar a sua história sem haver interferências que a modifiquem e, por outro lado, deve saber modular o nível de reactividade em função da fase da consulta, de modo a que a consulta não se transforme em consulta totalmente aberta.

Assim, procura-se que a reactividade seja inicialmente baixa e depois vá aumentando na fase resolutiva da consulta.

5. MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE

O Método Clínico Centrado no Paciente tem o objectivo de lidar com a complexidade sem desprezar a lógica linear de explicação dos fenómenos, baseia a sua intervenção na compreensão do doente no seu todo, com as suas experiências e conhecimentos, numa tentativa de obter entendimento comum.

5. MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE

5.1. EVOLUÇÃO DO MODELO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE

Por volta de 1927, Francis Peabody dizia que um número importante de doentes sofre de perturbações cujas causas orgânicas não podem ser determinadas. Nestes casos só a relação privilegiada do clínico com o seu doente e a escuta activa deste permite determinar os problemas emocionais que estão na sua origem. Para este médico “*o tratamento da doença deve ser totalmente impessoal; o tratamento da pessoa deve ser totalmente pessoal*”. Nos anos 50, Michael Balint expressa a mesma ideia com a noção “*médico como fármaco*” segundo a qual a escuta e a atenção prestadas ao doente podem curar ao mesmo nível que o medicamento.

Porém, para os sociólogos, a relação médico-doente não pode ser analisada exclusivamente em termos psicológicos. O encontro entre o médico e o doente não se desenvolve apenas ao nível interpessoal. Este encontro é marcado pela presença do meio envolvente e dos grupos sociais dos participantes. As relações são entre grupos diferentes quanto às suas competências, orientações, prestígio e poder. A acção social baseia-se na partilha de significados e negociações entre as pessoas sendo esta a ideia central da abordagem sociológica da relação médico-doente. A própria decisão do doente consultar o médico desenvolve-se num contexto de interacção com a sociedade (os familiares, amigos, colegas), num processo de negociação contínua, tornando esta decisão num interessante objecto de estudo do interaccionismo simbólico (o interaccionismo)²⁷. Assim, o encontro médico-doente é um encontro entre duas culturas e, neste sentido, coloca em jogo valores sociais centrais (da saúde e da ciência) que transformam este fenómeno em objecto de estudo da sociologia.

O sociologista Talcott Parsons, no início dos anos 50, parte do princípio de que o médico e doente perseguem o mesmo objectivo, a cura. A sua ideia base fundamenta-se num contexto de patologia aguda, que era o mais frequente e preocupante na época.

Segundo Myfanwy Morgan²⁸, Parsons considera o encontro médico-doente como uma peça com dois personagens: o doente e o médico. Segundo o seu modelo, ambos os papéis têm direitos e deveres específicos.

O doente tem o direito de ser dispensado das suas funções e ou responsabilidades sociais sendo mesmo exigido que desista das suas actividades a fim de recuperar o seu estado de saúde o mais cedo possível. Neste sentido, é visto, pela sociedade, como precisando de cuidados e incapaz de o providenciar por si só. Estes direitos têm como contrapartida os deveres de querer recuperar o estado de saúde, tão cedo quanto possível, o de procurar ajuda profissional e de cooperar com o médico.

Ao médico é-lhe exigido que aplique o seu conhecimento de especialista e as suas habilidades em benefício do doente, respeitando o princípio ético de *non nocere*. Deve agir no sentido do bem-estar do doente e da comunidade e nunca em proveito próprio. Para além disso, não se deve envolver emocionalmente na relação devendo manter-se emocionalmente desligado e seguir as regras da prática profissional. Neste papel, o médico dispõe como privilégios, o direito de

examinar fisicamente e o de questionar o doente sobre as áreas mais íntimas da vida física e pessoal. Goza de autonomia profissional e é-lhe reconhecida uma posição de autoridade em relação ao paciente sendo o único que o pode ou não declarar doente e decidir sobre o plano de tratamento.

Este modelo é o primeiro que descreve as expectativas da sociedade face ao papel do médico e do doente e, neste sentido, permite prever os comportamentos daquelas duas personagens enquanto actuam no palco da consulta. O modelo de Parsons prevê um único tipo de relação médico-doente, assimétrica, em que o médico com o seu conhecimento de especialista exerce a posição dominante e com o doente a limitar-se a cooperar.

Enquanto Talcott Parsons descrevia o modelo paternalista descritivo da relação médico-doente, Carl Rogers desenvolvia o seu modelo de comunicação terapêutica. Carl Rogers, era um psicoterapeuta que acreditava que se o terapeuta comunicasse honestamente, com preocupação em compreender o cliente, ajudaria este a ajustar-se de modo saudável às suas circunstâncias. Para Carl Rogers, cliente é todo e qualquer sujeito que “procura ajuda”. É, neste sentido, que defendo a designação de cliente a todos os que procuram os serviços de um profissional de saúde porque independentemente de estarem doentes ou saudáveis, ricos ou pobres, homens ou mulheres, pagarem ou não os serviços, crianças ou idosos, o atributo comum a todos e que realmente os define e identifica em relação a todos os outros é o de precisarem de ajuda.

O modelo de comunicação terapêutica de Carl Rogers, em termos processuais, consistia em usar as perícias comunicacionais com o objectivo de ajudar a pessoa a ultrapassar o stress temporário, a lidar com outras pessoas, a ajustar-se ao inalterável e a ultrapassar os bloqueios psicológicos que se opõem à auto-realização.

O modelo rogeriano propõe que o terapeuta comunique com:

- Empatia, entendida como o processo de comunicar ao cliente o sentimento de que está a ser compreendido;
- Consideração positiva, definida como o processo de comunicar suporte, de maneira preocupada e sem juízos de valor (julgamentos) ou, por outras palavras, comunicação genuína, não ameaçadora e aceitação incondicional.
- Congruência, descrita como a expressão pelo terapeuta dos seus sentimentos e pensamentos de forma coerente sem paradoxos comunicacionais.

MODELO CENTRADO NO CLIENTE
(Carl Rogers, 1951)

Modelo de "comunicação terapêutica"

Princípio: se o terapeuta comunicar honestamente e cuidar com compreensão o cliente, ele ajuda-o a ajustar-se de modo saudável às suas circunstâncias.



Fig. 7. Modelo Centrado no Cliente de Carl Rogers

A congruência pode ser entendida como “*acordo interno*”, definida pelo Professor Mota Cardoso²⁹, como a “*autenticidade que não poderá ser fingida, pois a sê-lo, o será apenas a nível verbal, deixando sem controlo a informação contrária a nível não-verbal*”.

Se o terapeuta obedecer a estes princípios vai provocar no cliente uma sensação de compreensão que só por si é terapêutica pelo bem-estar que, em qualquer situação, uma pessoa experimenta quando, finalmente, encontra alguém que a compreende. Por outro lado, ajuda a encontrar recursos pessoais nas mais diversas dimensões que suportam o cliente no ultrapassar dos seus problemas e, finalmente, contribuem de modo significativo para o crescimento do auto-respeito positivo, dimensão psicológica que contém a auto-estima e a auto-imagem positiva.

Nos anos 70 George Engel³⁰ defende que só a abordagem simultânea das dimensões biológicas, psicológicas e sociais da doença permitem a compreensão e a resposta adequada ao sofrimento dos doentes. Nasce o modelo bio-psico-social defendendo uma abordagem holística em oposição ao modelo biomédico prevalente. O modelo de Engel surge mais como um movimento de luta contra a desumanização do modelo biomédico do que um método clínico estruturado na abordagem do doente.

Ele critica fortemente o modelo biomédico em três pontos vitais:

- Natureza dualística separando mente e corpo, considerando a “realidade” deste como muito mais privilegiada, no modelo biomédico, em desfavor da “realidade” psicossocial;
- Reduccionismo e materialismo que desvaloriza, ignora ou nega, todos os factos e fenómenos que não possam ser verificados objectivamente e explicáveis a nível celular ou molecular, como consequência o modelo

biomédico é frio, distante, impessoal, tecnicista, privilegia os exames complementares de diagnóstico face à pessoa, os números face às palavras, a prescrição e a requisição face à relação;

- Arrogância médica, no sentido de que vê o médico como um excipiente inerte que em nada interfere no “objecto” observado (o doente) ou, de certo modo, negando a dimensão humana da relação médico-doente. Tudo o que o médico observa é objectivo e as experiências do doente são subjectivas, recusando a visão de que a abordagem médica é antropológica no sentido em que corre o risco de modificar os fenómenos a observar pelo simples facto de o fazer.

O modelo biopsicossocial reconhece a importância das emoções e o exercício do poder na relação clínica. O médico, em diálogo com o doente, vai interpretando a realidade e, através da construção, desconstrução e reconstrução da sua história, vai moldando a sua identidade que lhe permite manter-se e continuar a construir-se através da interacção social.

Integrado num contexto de igualitarismo e de contestação de poderes, este modelo, coloca em causa o poder autoritário do médico defendendo uma relação de cooperação em que os dois intervenientes partilham o poder.

Nos mesmos anos 70, mais propriamente em 1976, Byrne e Long publicam os resultados da análise de 2500 entrevistas de clínicos gerais, audio-gravadas. Nesta análise, consideraram o contínuo entre dois extremos de comportamentos relacionais na consulta: por um lado, estaria uma relação centrada no médico preocupado com a busca incessante para encontrar uma causa para o sofrimento num quadro explicativo biomédico; no outro extremo, estaria a abordagem abrangente visando o conhecimento do mundo do doente, considerando a doença num doente específico e este integrado numa sociedade. Da análise resultou uma classificação bipolar dos estilos de consulta, o centrado no médico ou na doença e o centrado no doente, verificando que cerca de $\frac{3}{4}$ dos médicos mantinham uma relação que caía no extremo, centrada na doença, em tudo sobreponível ao modelo paternalista descrito e previsto por Talcott Parsons.

Os médicos com, um estilo de consulta centrada na doença, caracterizam-se por:

- Focam-se nos aspectos físicos;
- Monopolizam o poder na relação;
- Têm como objectivo último chegar a um diagnóstico orgânico;
- Usam predominantemente questões fechadas;
- Procuram informação que lhes permita interpretar as queixas do doente no seu quadro biomédico;
- Restringem a oportunidade de o doente expressar as suas emoções, crenças e receios.

No extremo centrado no doente encontravam-se os restantes 25% dos médicos com os seguintes comportamentos comuns:

- Partilham o poder mantendo estilos menos autoritários;
- Encorajam e facilitam a participação do doente;
- Procuram uma relação de “mutualidade ou de cooperação”;
- Usam perguntas abertas em número muito superior;
- Ocupam mais tempo na escuta dos problemas do doente;
- Respondem às deixas do doente;
- Incentivam a expressão de ideias, emoções e sentimentos;
- Usam frequentemente técnicas de clarificação e interpretação.

Estes autores ainda verificaram que cada clínico pode ser classificado, quanto ao seu estilo, num ou noutro extremo e que tende a adoptar esse estilo de modo permanente. Este estilo tende a não variar com o tipo de problema apresentado pelo doente. Contudo, aqueles que foram classificados como tendo um estilo centrado no doente mostravam mais capacidade para responder às diferenças de necessidades dos doentes ou das circunstâncias da consulta.

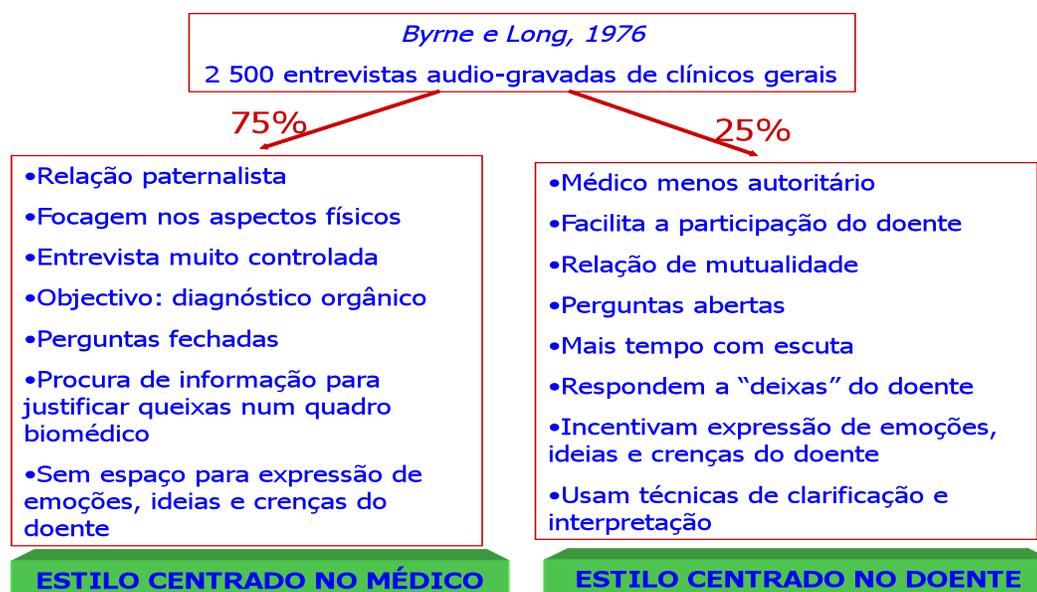


Fig. 8. *Estilo centrado na doença vs centrado no doente*

Desde a apresentação do modelo biopsicossocial de Engel ou, como lhe chamam Borrel i Carrió, Suchman e Epstein,³¹ de prática clínica orientada biopsicossocialmente, dois dos seus aspectos sofreram importantes evoluções. Em primeiro lugar, a problemática do dualismo corpo-mente é, hoje, reconhecida como um constructo social, sendo as categorias corpo e mente, em certa medida elas próprias criação do homem. Estas categorias são úteis porque permitem a abordagem focada, mas se levadas ao extremo criam fronteiras desnecessárias

e inexistentes e que dificilmente permitem a compreensão holística dos problemas. Em segundo lugar, a evolução das teorias do conhecimento complexo permitem-nos hoje compreender melhor a causalidade, o dualismo e a participação em cuidados de saúde. Segundo as teorias da complexidade, em sistemas abertos, é, frequentemente, impossível conhecer todos os contribuintes e influências sobre um determinado resultado em saúde. Descrevendo o modo como os sistemas se auto-organizam, colhem-se indicações que informam os clínicos para as suas acções e atenua-se a tendência para impor as expectativas irrealistas de que se consegue controlar todos os determinantes.

Todos os modelos, até aqui descritos, são paradigmas médicos com componente mais ou menos ideológico mas que estão longe de serem métodos clínicos estruturados para aplicação das teorias na prática clínica. No entanto, todos eles têm como denominador comum o tentarem alargar a abordagem médica convencional às áreas psicossociais, familiares e ao próprio médico.

O Método Clínico Centrado no Paciente tem precisamente o objectivo de lidar com a complexidade sem desprezar a lógica linear de explicação dos fenómenos, baseia a sua intervenção na compreensão do doente como um todo, com as suas experiências e conhecimentos, numa tentativa de obter terreno de entendimento comum.

Ian McWhinney, Médico de Família, nasceu em Inglaterra e iniciou a sua prática em Stratford-on-Avon, terra natal de Shakspeare. Em 1968 imigrou para o Canadá onde se tornou num notável professor de Medicina Familiar, na Universidade de Ontário Ocidental, e em 1986 publicou a sua obra *Textbook of Family Medicine*³² onde descreve muitos dos princípios da Medicina Familiar e defende a aplicação do Método Clínico Centrado no Paciente (MCCP). Este MCCP é simultaneamente um modelo e um método clínico e foi designado por Tresolini de Modelo Centrado na Relação. Esta é uma designação que tem o mérito de chamar a atenção para a importância da relação neste método, tal como salienta o relatório Pew-Fetzer, publicado em 1994: “a expressão *Cuidados Centrados na Relação destaca a importância da interacção entre pessoas e os fundamentos de qualquer actividade terapêutica ou curativa*” (tradução livre da citação de Wylie e Wagenfeld-Heintz³³). No entanto, esta não será a designação mais exacta porquanto o objectivo é ajudar o doente e não o de estabelecer a relação por si só. A relação é um meio e não o fim. De qualquer modo, fica claro que quando se fala de Método Centrado no Doente, na Pessoa, no Cliente, no Paciente ou na Relação se está a falar da mesma coisa. Tal como se podem considerar sinónimos do Modelo Biomédico, o Centrado na Doença e o Centrado no Médico, embora alguns autores considerem que esta última designação se deveria aplicar a situações perversas em que a relação acontece e evolui no interesse predominante do clínico.

5.2. O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE (MCCP)

Para McWhinney³⁴, “estar centrado no paciente significa estar aberto aos sentimentos do paciente, significa chegar a estar envolvido com o paciente de um modo que dificilmente se consegue se seguirmos o velho método” (o biomédico).

O médico que aplica o MCCP valoriza o processo de raciocínio conducente ao diagnóstico tradicional e dá igual importância à compreensão do significado, expectativas, sentimentos e medos que a dor tem para o doente, implementando em paralelo dois planos de investigação diagnóstica. O clínico coloca em marcha a tradicional agenda médica que tenta chegar a um diagnóstico clínico através de anamnese, exame físico e exames complementares de diagnóstico. Classicamente o objectivo da entrevista clínica era chegar a este diagnóstico clínico e só abordaria os aspectos psicossociais se, após esgotados os recursos de investigação diagnóstica, não se encontrasse qualquer patologia. Os diagnósticos psicossociais eram, por consequência, diagnósticos de exclusão. Contudo, para o MCCP nenhum diagnóstico está completo se não se conhece o quadro de representações do doente. Do quadro de representações do doente faz parte a compreensão das expectativas, dos sentimentos, dos receios, para além do conhecimento do significado que a dor tem para o paciente e do impacto na sua vida social e familiar. A característica definidora do MCCP é o dar espaço ao paciente para expressar os seus sentimentos, emoções, ideias e crenças. Para tal o clínico deve estar treinado na utilização de habilidades comunicacionais tais como escuta activa, empatia e resumos.

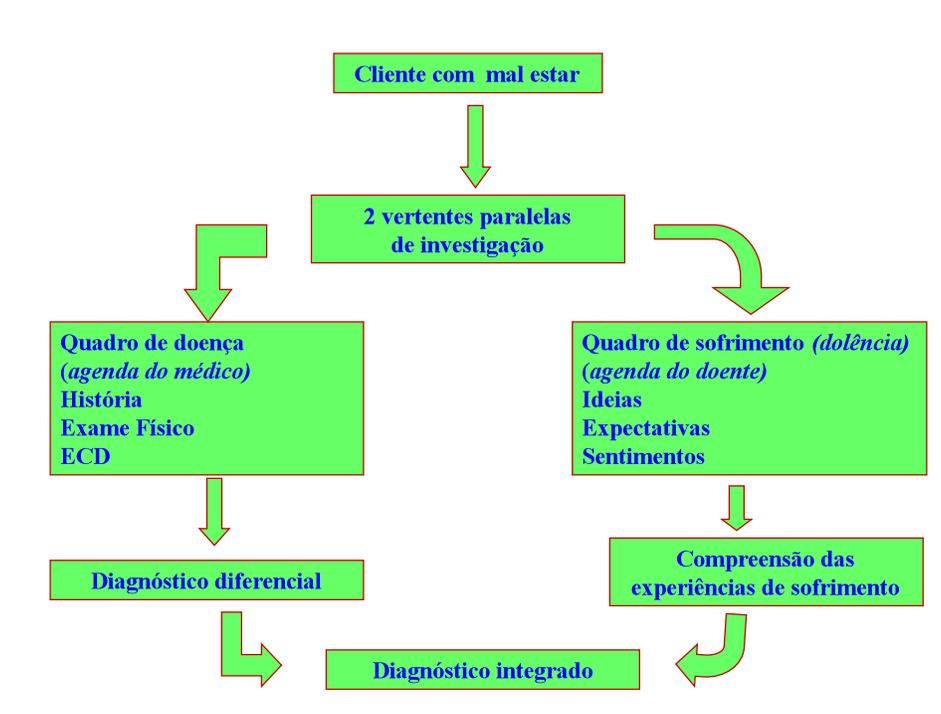


Fig. 9. As duas vertentes de diagnóstico no MCCP.

Os cuidados centrados no paciente podem ser definidos, em termos filosóficos, como a tomada de decisão partilhada, incorporando as preferências e o contexto social do doente ou, ainda, a consulta que se foca na pessoa de um modo holístico. De acordo com Moira Stewart³⁵, a prática da centragem na pessoa exige, da parte do clínico, as seguintes condições:

- Abertura para a globalidade das dimensões do problema do doente;
- Vontade de se envolver com o doente aos níveis cognitivo e emocional, não apenas para o compreender mas também para o levar à recuperação da integridade como pessoa;
- Deixar-se conscientemente conduzir pela intuição, aproveitando o seu lado criativo, que permite descortinar, entre as redes da complexidade, um novo significado para o sofrimento do paciente e em comunhão com este.

A descrição do MCCP, que aqui apresentamos, é baseada na Obra de Stewart e colaboradores³⁶ por nos parecer a descrição conhecida mais desenvolvida do método.

Como já foi dito, o MCCP consiste no desenvolvimento de duas vertentes de investigação diagnóstica em paralelo: por um lado, a clássica agenda do médico na procura de um diagnóstico clínico e, pelo outro, uma linha de investigação que visa o conhecimento do quadro de representações do sofrimento do doente, isto é, a agenda do cliente. A descrição da vertente agenda do médico não será abordada aqui por se considerar já adquirida, pelo que nos iremos ocupar apenas com o segundo braço da investigação diagnóstica: a agenda do doente.

A estruturação deste método é o resultado do trabalho do Grupo da Comunicação Paciente-Médico, da Universidade de Ontário Ocidental, e o culminar de uma trajectória iniciada com os trabalhos iniciais de McWhinney na identificação dos “motivos reais” que levam o doente a procurar o médico.

O MCCP pressupõe algumas mudanças de atitudes médicas. Em primeiro lugar, a perda da noção hierárquica de que o profissional de saúde deve manter o comando da relação e o doente limitar-se a um comportamento passivo e complacente. Em seu lugar, o médico deve procurar o empoderamento do cliente e partilhar o poder na relação. Em terceiro lugar, modificar a ideia de que o médico deve manter um distanciamento objectivo em relação ao cliente reconhecendo que este comportamento gera inadequada insensibilidade ao sofrimento. O Método exige um equilíbrio entre o *objectivo* e o *subjectivo*, a exploração das pontes entre o físico e psíquico, devendo interpretá-los como um todo.

Irvin Yalom no seu romance “*Quando Nietzsche Chorou*”, coloca Josef Breuer a explicar a Sigmund Freud, a sua forma de avaliar o risco de suicídio num doente, que é exemplificativa da abordagem centrada no doente:

“Quando preparo uma história clínica, encontro sempre uma oportunidade para me esgueirar para o domínio psicológico. Ao indagar sobre a insónia, por exemplo, muitas vezes pergunto que tipo de pensamentos mantém o paciente. Desperto. Ou, após o paciente recitar a ladainha dos seus sintomas, costumo mostrar-me solidário e pergunto, como que por acaso,

se sente encorajado pela doença, se sente vontade de desistir ou se não quer viver mais. Com isso, raramente deixo de persuadir o paciente a contar tudo³⁷ .”

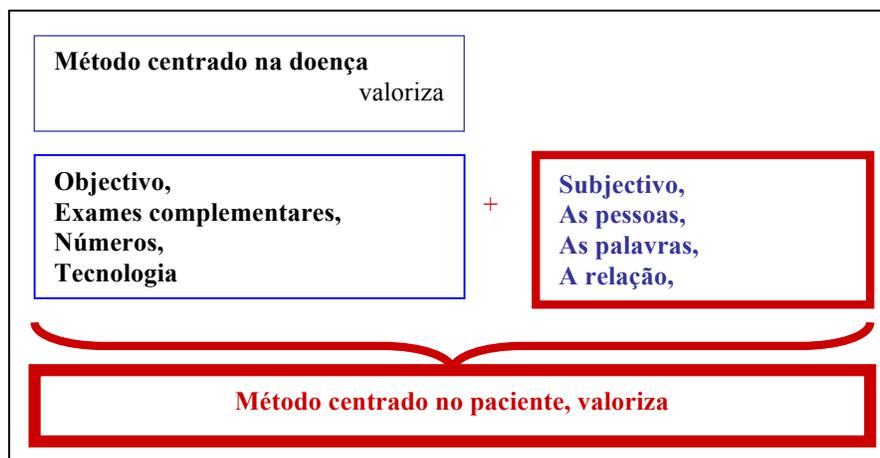


Fig. 10. MCCP equilíbrio entre objectivo e subjectivo

Na operacionalização do método consideram-se 6 componentes na vertente de investigação diagnóstica da agenda do doente (Quadro II).

Quadro II. Componentes do Método Clínico Centrado no Paciente.

Componentes	Conteúdos
1º. Exploração da doença e da dorlência.	Tempo de avaliação dos conceitos de saúde, doença e dorlência do doente. Para além de avaliar o processo da doença através da história clínica e exame objectivo, o clínico tenta compreender a visão que o doente tem do seu mundo, procurando conhecer os seus sentimentos, as suas ideias, o impacto na sua vida e as expectativas.
2º. Compreensão da pessoa no todo e no seu contexto.	Integração dos conceitos de doença e dorlência na compreensão global da pessoa, i.e., na sua personalidade, história de vida, grau de formação, nos seus contextos próximo (família, profissão, etc.) e distal (económico, <i>mass media</i> , político, etc.)
3º. Estabelecer terreno comum ou <i>grounding</i>.	Inclui a mútua decisão quanto à definição dos problemas, aos objectivos do tratamento ou intervenção, e clarificação dos papéis a assumir por cada um dos intervenientes.
4º. Incorporar a promoção da saúde e prevenção da doença.	Avaliação do potencial do cliente para a saúde. Identificação dos comportamentos de risco para saúde, dos obstáculos à saúde. Avaliação da importância atribuída aos problemas de saúde. Avaliação do grau de confiança percebida para a mudança de comportamentos ou para a implementação de planos terapêuticos. Avaliação do grau de preparação para a mudança.
5º. Construir a relação médico-doente.	Cada contacto deve ser usado para construir a relação médico-doente incluindo a compaixão, confiança, cuidar e partilha de poder. Este objectivo exige auto-conhecimento e auto-consciência estando atento aos fenómenos de transferência e contra-transferência. Pressupõe continuidade de cuidados e constância (manter a <i>beginner's mind</i>).
6º. Ser realista.	Manter o senso da realidade ao longo de todo o processo nomeadamente quanto à gestão do tempo, intervenção atempada,

	delegação de tarefas, comunicação com outros profissionais e trabalho em equipa.
--	---

Esta divisão em componentes é uma forma descritiva do processo de consulta, segundo o MCCP, não pode ser interpretada como um guião rígido a aplicar de modo sequencial. O Método fundamenta-se nos princípios da abordagem holística e, como tal, a interacção deve ser analisada e interpretada como um todo integrado que só por razões de ordem esquemática se apresentam de forma tão analítica e simplificada.

Componente 1: explorar a doença e a dorlência

Aborda as vivências da doença e da dorlência, pressupondo a aceitação pelo clínico da diferença entre estes dois conceitos, assumindo que cuidar da pessoa na sua globalidade implica tomar em consideração as duas dimensões: a experiência pessoal do sofrimento e a doença.

O diagnóstico da doença é feito pelo método clássico da *observação objectiva* dentro de um raciocínio categorial, na procura da peça avariada no corpo como máquina ou na mente como computador. A doença é uma abstracção, um constructo teórico a que o médico recorre para explicar os problemas do doente em termos de alterações estruturais ou de função de órgão ou sistema. A doença é, em certa medida, um estereótipo, uma metonímia, a construção do todo a partir de uma parte.

Em termos metafóricos imaginemos, por exemplo, uma pessoa que se veste de azul e que possui determinadas características de personalidade, partindo da sua vivência vai considerar todas as pessoas que se vistam de azul como tendo os mesmos traços de personalidade.

O conhecimento do sofrimento do doente, em todas as suas dimensões, exige conhecer as suas experiências individuais e subjectivas: sentimentos, pensamentos, emoções, receios e impacto na sua vida micro e macrossocial. A atitude centrada no doente exige o equilíbrio entre o *objectivo* e *subjectivo*, a ligação entre mente e corpo, considerar as emoções e o seu reflexo na biologia e, vice-versa, a biologia provocando emoções.

A doença e a dorlência não coexistem obrigatoriamente: pode haver doença sem dorlência e dorlência sem doença. Alguém a quem é detectado um carcinoma *in situ* estará doente mas não referirá dorlência, já outro pode estar em sofrimento por perder algum ente querido mas não têm necessariamente uma doença. Por outro lado, um sujeito pode estar doente e experimentar um sofrimento que não é explicável à luz da patofisiologia porque esse sofrimento é o somatório do determinado pela lesão anatómica ou funcional, em si mesma, e pelo peso das representações que o doente tem dos seus problemas.

A propósito de doença e dorlência permitam que faça uma auto-revelação.

Entre os meus 4 e 7anos, vivi com a minha avó materna, numa aldeia interior do Concelho da Sertã. A minha avó, nascida em 1900, matematicamente o primeiro ano do século XX, historicamente o último do século XIX, era analfabeta, trabalhadora rural, viúva há muitos anos e muito raramente tinha saído da sua aldeia.

Dessa altura lembro-me de ela ter uma expressão para quando lhe perguntavam se estava doente:

- Não, doente não estou, sinto-me é dolente!

Esta maneira de dizer o que sentia sempre me intrigou sem entender o seu significado até o perceber durante a minha formação. Nos anos da Faculdade e seguintes o que me intrigava era a dificuldade em traduzir o illness do inglês quando a minha avó já o fazia com grande rigor e propriedade.

No MCCP, o médico dá prioridade ao Mundo do doente no qual se encontram os esquemas explicativos, capazes de fornecer lógica à peculiaridade da compreensão do significado, diagnóstico e tratamento dos seus problemas. O médico pode desconfirmar o mundo do doente se ignorar as suas tentativas para o expressar ou se as inibir através da utilização da voz da medicina. Numa perspectiva biomédica, diremos que o doente procura os serviços de saúde pelo sintoma. Num quadro de referência que reconhece a individualidade do sujeito com doença, consideramos que **o determinante para procurar os serviços de saúde, não é o sintoma, mas aquilo que o doente *pensa* sobre o sintoma.** Nestas condições, se desejamos ajudar o doente naquilo que realmente o preocupa, então, toda a abordagem clínica passa por conhecer quais são as suas reais preocupações.

A história da dolência tem dois protagonistas: o corpo e a pessoa. Só a abordagem centrada no doente permite identificar os factos relacionados com a disfunção orgânica e os significados que o doente lhes associa.

O modelo explicativo do doente ou o quadro de representações é o modo como ele conceptualiza a origem, a forma e as consequências do seu problema. Este modelo só pode ser conhecido através do questionamento cultural de Kleinman, colocando questões do tipo das que se encontram no Quadro III.

Quadro III. Questões para avaliar a cultura do doente.

Como descreve o seu problema?
 Conhece alguém que tenha tido o mesmo problema?
 O que pensa que poderá ter provocado este problema?
 No seu entender, porque acha que isto lhe aconteceu a si e neste momento?
 O que acha que poderia ser feito para resolver este problema?
 Tem ideia de alguém, para além de mim, que possa ajudar a

A investigação tem demonstrado que uma boa parte das pessoas com alguma perturbação de saúde não procuram os cuidados de saúde e, quando procuram, mais de metade não tem uma causa ou diagnóstico definido ao fim de seis meses. Se o médico assume que o seu único objectivo é a doença então, pelo menos 1 em cada 2 clientes que o procuram, não satisfaz as suas necessidades e, ao outro, responde de modo insuficiente.

Caso 2. Diário de uma doente.

Excertos de um diário de uma mulher com 64 anos.
*“Parece que sonho e somatizo em mim as angústias dos meus...
 filhinhos”* (1.12.1998)
“A angústia causa-me horríveis dores de cabeça” (27.2.1999)
*“As minhas doenças não são doenças. São reacções a estados que
 não estou bem.”*

O Grupo de Investigação MaGPI^{*} da Nova Zelândia³⁸, num estudo longitudinal em que foram entrevistados 775 doentes e 70 médicos, encontrou 37% dos doentes com sintomas correntes que não revelaram ao médico problemas psicológicos por si identificados. Destes, cerca de 34% justificaram este comportamento com o facto de entenderem que o seu clínico geral não era a pessoa indicada para falar do assunto, enquanto que outros 27% entendiam que os problemas mentais não deviam ser discutidos com ninguém. Um número significativo de doentes não revelou os seus problemas psicológicos pelo receio de o médico lhes prescrever psicofármacos.

De acordo com Reiser e Schroder, na análise da experiência da dorlência podemos considerar três estádios:

1. Consciencialização, caracterizada pela ambivalência, o desejo de saber a verdade do que lhe está a acontecer e a recusa de aceitar de que alguma coisa está mal; luta ainda com o conflito entre querer a todo o custo preservar a sua independência e desejar que alguém cuide dele.
2. Desorganização, em que se instala a angústia e ou a depressão consequência da tomada de consciência da vulnerabilidade, fragilidade e sensação de perda de controlo sobre a sua vida. O indivíduo fica emotivo, facilmente reactivo e agressivo para com os seus cuidadores podendo assumir atitudes de egocentrismo. Tende ao isolamento social e dedica uma atenção desmesurada às transformações no seu corpo.
3. Reorganização, estádio em que o doente reúne as suas forças interiores no sentido de encontrar novo sentido face à sua dorlência e transcender-se. A capacidade de passar a esta fase depende da gravidade da doença e da qualidade das estruturas de suporte social, sobretudo das relações mais próximas, e do tipo de suporte prestado pelo seu médico.

Para a identificação do quadro de representações do doente é fundamental o clínico manter uma escuta activa, estando atento e descodificando as “deixas” ou índices[†] emitidos pelo doente.

^{*} O Grupo de Investigação MaGPI (Mental Health and General Practice Investigation), liderado pela Prof. Deborah McLeod, é um comité de gestão e de consultoria, da Universidade de Otago, na Nova Zelândia.

[†] Índices são os componentes, não-verbais ou verbais, de uma mensagem emitidos sem intenção de comunicar e que traduzem emoções ou sentimentos do doente.

Caso 3. Expressão física de estados de alma.

Mulher de 46 anos, vem à consulta, marcada no próprio dia, referindo que anda com dores de garganta. Já foi ao serviço de urgência hospitalar, tendo sido medicada com antibiótico e, segundo diz, porque tinha uma faringite. Incentivada a falar sobre o que sentiu conta:

- *Tenho continuado com umas dores de garganta. No outro dia fiquei com dores nos braços e sensação de formigueiro dos braços e mãos. Tinha também uma dor aqui (aponta a região do apêndice xifóide) e uma vontade de arrotar. Por vezes arrotava e até me vinha comida à boca. A garganta... parece que tenho uma bola. Por vezes até me custa a engolir.*

- *Hum! Hum!*

- *Será da tiróide?... Sinto-me irritada. Pensamentos maus. Dores na cabeça, aqui atrás (aponta a região occipital). Sinto-me... não é ansiosa! É uma vontade de chorar, de me fechar no quarto. Não tenho paciência para as pessoas. É o meu marido que paga. Depois vêm as coisas do passado (há uma história de há anos de adultério do marido). No trabalho... é muito pesado. Passo a vida a subir e descer escadas, carregando pesos. É uma patroa muito desarrumada. Passo a vida a carregar pesos e a baixar-me, isso faz-me ficar muito tonta e com dores de cabeça. Em tempos trabalhei a dias. Depois arranjei para uma escola, como ajudante de cozinha e, aí, sentia-me realizada. Depois mudei de escola e, aí, fizeram-me a vida negra e eu tive de sair. Agora não gosto nada do que faço. Mas eu tenho uma família linda! Ainda no outro dia eu dizia – nós somos muito bonitos! – a família toda se riu!*

- *Fale-me dos pensamentos maus.*

- *Ah! Isso? São coisas de que não se deve falar.*

- *Não se deve falar...!?!?*

- *Pois. São coisas que nos vêm à cabeça mas que é melhor não falar. Devemos é varrê-las da cabeça.*

- *Às vezes, falar delas é uma forma de elas saírem. É como uma panela, em que é melhor tirar o testo para não transbordar. - Sim... mas... sabe o que quero dizer.*

- *Está a falar sobre acabar com a vida?*

- *Claro! Mas é uma coisa que nem quero falar.*

- *Alguma vez chegou a planear a forma de o fazer?*

- *São coisas que nos vêm à cabeça mas nunca nada de concreto. Às vezes nem compreendo porque me sinto assim, sem paciência.*

- *Acha que perdeu a fé? (conhecimento prévio de que é testemunha de Jeová).*

- *Não. Continuo a ter grande força na espiritualidade. Estudo a Bíblia. O que temos é que gostar de nós próprios para gostarmos dos outros. A Bíblia diz: amai-vos uns aos outros como se amam a vós próprios. E...eu gosto de mim, estou é insatisfeita com o trabalho mas, agora, já me sinto melhor.*

Seguiu-se um processo de negociação para iniciar antidepressivos, a que a doente anuiu, após lhe explicar a relação entre os seus estados emocionais e os sintomas físicos que a doente aceitou, terminando com “*Eu sempre fui assim!*”

Brown e outros propõem quatro dimensões da dolência a serem avaliadas na consulta: os sentimentos e os medos relacionados com o problema, as explicações acerca das queixas ou do problema, o impacto do problema na sua vida e as expectativas do doente face ao médico. A título de exemplo, no

Quadro IV, descrevem-se algumas perguntas a colocar para avaliar cada uma destas dimensões da dorlência.

Quadro IV. Questões na avaliação das dimensões da dorlência.

Sentimentos

Neste problema, o que o preocupa mais?

Explicações ou Ideias

No seu entender, a que se deve isto?

Impacto ou Função

Como é que este problema o afecta no seu dia-a-dia?

Expectativas

Tem alguma ideia do que podemos fazer para o ajudar neste problema?

Em termos simplistas diremos que no componente 1 está em causa a avaliação da forma **como** o doente se relaciona com a sua dorlência ou doença e como dialoga consigo próprio.

Componente 2: Compreensão da pessoa no todo e no seu contexto

Cada pessoa é o produto do seu meio. Assim sendo, cada doente só pode ser entendido na sua globalidade se entendermos o seu passado, o seu meio e o modo como se relaciona com eles. O desenvolvimento saudável de uma pessoa depende da sua auto-estima, do seu grau de autonomia, da literacia e da capacidade de se relacionar com os outros.

Waitzkin³⁹ aponta algumas razões justificativas da dificuldade dos profissionais abordarem o contexto social:

- Medo da discussão de problemas de contexto poder gerar frustração e conflitos desnecessários;
- Falta de treino nesta abordagem;
- Sentirem-se mais à vontade na abordagem dos aspectos técnicos relativamente aos contextuais.

Na literacia assume particular importância a literacia para a saúde, entendida como a capacidade de ler, compreender e agir de acordo com a informação dos cuidados de saúde (*Center for Health Care Strategies Inc.*, 2000). Esta definição inclui a capacidade de:

- Ler formulários de consentimento, bulas de medicamentos e outras informações de saúde escritas;
- Compreender a informação escrita e oral dada por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc;
- Actuar de acordo com os procedimentos exigidos e directivas, sejam clínicas ou administrativas.

Cerca de 80% da população mundial vive em culturas orais e visuais, isto é, culturas cuja aprendizagem se faz através da audição e visão em desfavor da leitura e da escrita. Contudo a leitura e a escrita continuam a ser uma fonte informativa importante para a maioria da população⁴⁰.

Este aspecto assume particular relevância no nosso País, onde a ausência de educação para a saúde nos currículos normais das escolas, não permite aos cidadãos aquisições nesta área, apesar de poderem ter vários anos de escolaridade. Os doentes com baixa literacia para a saúde têm maior probabilidade de serem hospitalizados que os de maior literacia e os médicos, muitas vezes, julgam que os doentes possuem maior grau de literacia do que realmente têm⁴¹. O grau de literacia afecta o grau de controlo da diabetes mellitus, pelo que os programas de controlo da diabetes devem ter em consideração esta realidade de modo a evitar maiores disparidades na saúde⁴².

A família e outros recursos sociais de proximidade são factores determinantes na saúde e na recuperação da doença. Por exemplo, o risco cardiovascular aumenta nas pessoas que experimentam relações negativas com pessoas próximas significantes⁴³.

O estado de saúde do doente afecta o seu ciclo de vida e a evolução deste afecta, de modo recíproco, o seu estado de saúde. Neste sentido, o médico deve

conhecer as fases do desenvolvimento normal, as tarefas a desempenhar ao longo das mudanças de fases de vida e as exigências que tais mudanças impõem em termos pessoais (físicas e psicológicas) e sociais, de modo a prever as dificuldades e colaborar na implementação de estratégias atenuantes do impacto dessas mudanças. Este conhecimento permite ao clínico, interpretar os problemas apresentados pelo doente como fenómenos integrados num contexto. O conhecimento da personalidade do doente ajuda a entender como usa os mecanismos de defesa da sua integridade perante ameaças como a doença⁴⁴. São exemplos destes mecanismos a negação, a projecção, a repressão, a racionalização, a substituição e a sublimação.

Caso 4. “A pílula falhou”

ML, Cabo-verdeana, 27 anos, com filha de 3 anos, com gravidez não planeada e não desejada. Relação disfuncional com cônjuge, camionista, que vinha a casa de 2 em 2 semanas, 4 a 5 dias. Este após saber da gravidez saiu de casa dizendo que não gostava dela (*relato da grávida*).

ML diz ter engravidado porque “*a pílula falhou*”.

Convidada a contar como se passou diz que sempre tomou a pílula que iniciava 1 a 2 dias antes de o marido chegar a casa e a tomava durante todo o fim-de-semana, até ele se ir embora!

À data da consulta vive só. Como estruturas de suporte apenas tem uma tia que não pode ajudar muito. O ex-marido só vai buscar a filha, de 3 anos, nos fins-de-semana em que está no País, para estar com ela algumas horas, não contribui com mais nada para a filha ou para a ML.

Trabalha como doméstica e o que ganha é insuficiente para pagar a renda da casa. Chora na consulta aparentando tristeza, angústia, resignação mas sem evidência de raiva.

Dentro dos suportes próximos, está a relação com a espiritualidade que funciona como suporte potente, particularmente nas situações de doenças mais graves. McCord e outros⁴⁵, num estudo realizado num cenário de clínica geral, verificaram que 83% dos doentes gostavam que os seus médicos os interrogassem sobre as suas crenças espirituais pelo menos em certas circunstâncias. Para 77% dos interrogados estas circunstâncias eram doenças ameaçadoras, para 74% eram condições médicas graves e para 70% a perda de entes queridos. O desejo de uma maior compreensão por parte do médico foi a razão invocada por 87% dos doentes para que este os abordasse acerca da espiritualidade. Os doentes acreditavam que o conhecimento das crenças religiosas ajudaria o profissional a dar encorajamentos mais realistas (67%), dar conselhos (66%) ou na mudança de tratamentos médicos (62%).

A medicina com a sua abordagem exclusivamente científica, tem subestimado a importância da espiritualidade e da esperança para o bem-estar dos doentes⁴⁶. Compaixão e esperança são qualidades de qualquer bom médico que não são

dependentes da fé. Os doentes que mais beneficiam com a abordagem dos temas da espiritualidade são os que têm doenças graves e os terminais e não parece ajustado abordar tais temas em consultas de vigilância periódica. O quadro de representações do mundo de cada um está ligado à sua cultura e tem profundas implicações na sua saúde, razões mais do que suficientes para o seu conhecimento ser importante para o médico.

Caso 5. Queixas, preocupações e mitos.

Mulher de 34 anos, cabo-verdeana, com 5 filhos, duas separações e a tomar contraceptivos orais.

Vem à consulta por há dois dias ter tido episódio com “vista escura” e lacrimejo que passou espontaneamente ao fim de 1 a 2 horas.

Quando interrogada sobre se tem alguma ideia sobre a causa dos seus sintomas, diz não ter menstruação há 6 meses. Mostra grande preocupação com a amenorreia e atribui os seus sintomas à falta de menstruação.

Para esta mulher as perturbações da visão e o lacrimejo eram provocadas pela ausência da menstruação. Como se entendesse estes sintomas como forma de os produtos menstruais serem eliminados.

Contudo, esta abordagem exige da parte do clínico competência cultural, definida como o conhecimento, a consciência e o respeito pela cultura dos outros⁴⁷, qualidade que exige treino tanto mais que o médico é o produto de uma cultura, geralmente arrogante, que no extremo pode ser etnocentrista*. Este é um aspecto cada vez mais importante no nosso País, em que a diversidade cultural é cada vez maior, exigindo do profissional uma maior capacidade de se descentrar. Alguns estudos⁴⁸ revelam que os doentes pertencentes a minorias étnicas tendem a perceber desrespeito nas suas relações com os serviços de saúde o que os leva a recorrer menos às consultas e a aderir com menos intensidade às prescrições. As diferenças culturais podem-se manifestar em diferentes aspectos de que se destacam:

- Quanto à ideia sobre as causas da doença;
- Quanto ao tipo de tratamento;
- Quanto às expectativas do que esperam dos serviços de saúde;
- Quanto aos comportamentos perante a dor e o sofrimento;
- Quanto ao modo como enfrentam a morte.

Por exemplo, em algumas etnias existem razões culturais para não comunicar diagnósticos graves⁴⁹:

- Algumas vêem a discussão de doenças graves e da morte como uma falta de respeito ou deselegância (algumas culturas asiáticas e bosnianas).

* Etnocentrismo é a convicção de que a sua cultura é superior à dos outros.

- Outras crêem que a discussão directa de doenças graves provoca depressão e ansiedade desnecessária no doente (chineses e outras culturas asiáticas).
- Certas culturas acreditam que a revelação directa do diagnóstico aniquila a esperança (bosnianos e filipinos).
- Finalmente, outras acreditam no poder da palavra para provocar problemas, isto é, de actuarem como profecias auto-realizáveis (bosnianos, filipinos e mesmo alguns portugueses).

Ao considerar o contexto do indivíduo, o clínico deve ter em atenção que os *media* tornaram-se, para o público em geral, fontes de grande credibilidade, conforme evidencia um inquérito da *CNN/Time* segundo o qual 71% dos inquiridos consideraram que os *media* actuaram de modo responsável na cobertura da ameaça de carbúnculo⁵⁰.

Uma sondagem, realizada pelo *National Health Council* (Reino Unido) e relatada por Timothy Johnson (1998), revela que 50% dos inquiridos prestam atenção moderada e 25% prestam grande atenção às notícias médicas e de saúde publicadas pelos *media*. Ainda segundo este autor, que é um médico jornalista e se define jocosamente como “*um fornecedor barato de entretenimento para hipocondríacos*”, o mesmo estudo revela que 58% dos inquiridos disseram ter mudado o seu comportamento ou tomado uma medida de qualquer tipo como resultado de terem lido, ouvido ou visto uma notícia médica ou de saúde nos *media*. Outros 42% procuraram mais informação na sequência de uma reportagem nos *media*. Além disso, 53% referiram que quando mencionaram a notícia ao seu médico, este mostrou-se satisfeito e disponível para falar sobre o assunto e, apenas, 7% não ligaram às questões colocadas. Para 43% dos inquiridos, estas consultas melhoraram as suas relações com o seu médico e 80% afirmaram que nunca modificaram o conselho do seu médico pelo facto de terem lido, ouvido ou visto uma reportagem nos *media*⁵¹.

A comunicação social é então um importante meio de colocar temas na agenda da relação clínica que o médico deve aproveitar particularmente na promoção da saúde.

Contudo, a comunicação é um fenómeno complexo e tem consequências. Tal como uma intervenção terapêutica pode ter consequências desastrosas para um indivíduo isolado, apesar da mesma terapêutica se ter revelado muito útil para os demais, também a intervenção dos *mass media* pode ter consequências individuais mais ou menos graves.

Um exemplo das consequências individuais dos fenómenos “colectivizados” através dos *mass media* é o acontecido em 1996, quando um ginecologista (Phillip Bennett) confessou a um jornal britânico ter feito um aborto numa mulher grávida de gémeos, com 26 semanas. O motivo do aborto era atribuído às péssimas condições sociais da mãe e que, na perspectiva da grávida e do obstetra, seria melhor abortar um dos fetos. Claro que este “desabafo” teve como consequência uma enorme repercussão pública nos *mass media* despoletando reacções das organizações anti-aborto. Passados alguns dias, surge nova notícia, desta vez uma mulher grávida de oito gémeos que insistia

em levar a termo todos os 8 fetos. Neste contexto, o movimento de apoio à grávida entra em acção ao ponto de surgirem patrocinadores, com montante de 1 milhão de libras, para levarem a gravidez octogemelar até ao fim, apesar da opinião médica, generalizada, entender que o aborto selectivo era imprescindível para que, pelo menos, alguns dos 8 gémeos sobrevivessem. Na realidade, a probabilidade de todos os oito gémeos sobreviverem era infinitamente pequena, a escolha era difícil e a mediatização da situação dificultou consideravelmente a decisão⁵².

Carlos Saraiva, presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, e coordenador da Consulta de Prevenção do Suicídio, dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em entrevista dada à *Visão* (2001), afirmava “a notícia de um suicídio pode ser apenas o interruptor, pois vai mexer com muita gente que está deprimida, já tentou suicidar-se ou está na iminência de o fazer”⁵³. Mais grave ainda, é que diversos estudos mostram que a publicação de um suicídio em primeira página se associa a uma subida do número de acidentes de avião e de automóvel nas semanas seguintes⁵⁴.

Assim, se às doenças geradas pela intervenção terapêutica designamos de iatrogénicas (do grego, *iatreía* que significa “tratamento”, e *gennáo* que significa “eu produzo”⁵⁵), também parece adequado designar as doenças geradas pela comunicação como “mediapatogénicas”, ou outro neologismo, dado que a comunicação social pode ter efeitos ainda mais devastadores porque cada intervenção (cada acto) atinge, simultaneamente, uma multiplicidade de indivíduos em risco.

No momento actual, o surgimento dos “*novos media*” veio aumentar muito mais a complexidade, a velocidade, o volume e o conteúdo emocional da comunicação. Com os novos *media*, os investigadores e produtores de informação publicam na *Web* os seus produtos, seguidos de distribuição de materiais a comunicadores “chave”, ultrapassando os tradicionais mecanismos das demoradas apreciações. Isto pode contribuir para uma transparência e democratização do conhecimento científico da saúde, porém, há o problema da mediatização da saúde. À medida que a saúde e a ciência dependem cada vez mais da legitimação pelo público, quer para a obtenção de fundos quer para processos de permissão reguladora, a ciência e saúde assumem a linguagem dos *media*, hábitos emocionais e metafóricos, descrevendo o Mundo como se estivesse preso entre a salvação e a catástrofe, entre o êxito e o fiasco, um cenário no qual os cientistas e os médicos lutam heroicamente para oferecer ao público vida longa e bem estar, contudo podem-no fazer violando os padrões da moralidade⁵⁶.

À medida que os *media* ganham importância, o conhecimento técnico-científico perde o monopólio de julgamento da adequabilidade representacional. O critério abstracto de verdade científica é confrontado com o critério dos *media* de aclamação pública. A exactidão da informação (muitas vezes representada pelo prestígio do jornal científico) compete com o grau de difusão (traduzida no número de edição ou de audiência)

Embora a *Internet* seja um meio, excepcional, de levar informação acerca de ciência ao público, num futuro previsível e para a maioria da população, não se

tornará no principal meio de divulgação de notícias ou de informação. Assim, existe ainda um longo período para os cientistas e os *media* trabalharem em conjunto para produzirem as melhores reportagens que lhes for possível⁵⁷. Alguns autores vêem a *Internet* como uma interferência na relação médico-paciente, contudo a investigação parece demonstrar que quando existe uma relação terapêutica estabelecida a informação obtida na *Net* pode ser de grande utilidade e funcionar como um recurso de acesso a informação que pode colmatar a limitação do tempo de consulta⁵⁸. Por outro lado, os novos *media* podem contribuir para a acentuação das desigualdades em saúde, na medida em que os que mais têm serão os que mais beneficiarão com estes novos recursos⁵⁹. Neste sentido, os profissionais de saúde e os serviços de saúde devem assumir explicitamente uma função de provedoria dando maior atenção na utilização de outros meios de chegar aos sectores “info-excluídos”. Tudo isto, tendo em atenção que os novos *media* podem gerar, nas classes que a eles têm acesso, novas necessidades de informação e, até, modificação do papel do prestador de cuidados, por exemplo, uma mulher com elevada literacia, facilmente, pode saber quando fazer a mamografia de rastreio, pelo que a sua necessidade pode ser a de saber onde fazer e como obter os benefícios financeiros que os normais utilizadores do sistema de saúde têm.

Em termos práticos, o médico deve ter presente que todos estes fenómenos influenciam as crenças, as expectativas e as ideias do doente para além de serem potentes determinantes da procura dos serviços de saúde.

Em resumo o médico deve estar atento às instituições que compõem o contexto da relação médico-doente: a cultura, o trabalho, a família, a comunicação social, a ideologia e a religião.

Componente 3: procura de terreno comum (grounding)

Com este componente, pretende-se salientar a importância de assegurar interpretações comuns aos intervenientes na consulta com o fim de evitar a tomada de decisões com base no “penso que ele pensa”. Quando as decisões são tomadas sem haver entendimento recíproco corre-se o risco de fazer trabalho inútil, por vezes nefasto, com a conseqüente frustração bilateral. Em termos genéricos encontrar terreno comum consiste em alcançar entendimento recíproco, pelo menos, nos seguintes aspectos:

- Definição do problema;
- Definição quanto aos objectivos a alcançar;
- Ordenação de prioridades de tratamento e modalidades de abordagem;
- Papel a desempenhar pelo médico e doente.

Esta tarefa de entendimento recíproco, frequentemente, exige a evolução de pontos de vista divergentes para plataformas de entendimento comum e razoáveis. As técnicas e as estratégias para este fim encontram-se descritas no capítulo das fases da consulta. Dentro das estratégias a utilizar destacam-se as da entrevista motivacional e a tomada de decisão informada.

Neste ponto, parece útil clarificar os conceitos de consentimento informado (*informing decision making*) e o de decisão partilhada (*shared decision making*) que, embora interligados, são distintos e frequentemente usados como sinónimos. O artigo de Moumjid N *et al*⁶⁰ é uma óptima análise da literatura publicada sobre estes conceitos e o modo como têm sido usados na literatura científica. Quanto ao consentimento informado, os autores identificaram, como ideia mais consensual, ser um processo de transferência do conhecimento médico para o doente que fica com a informação necessária para tomar a *sua* decisão tendo em conta as suas preferências. Nestas condições, a tomada de decisão é um acto *a solo* do doente. Por sua vez, na decisão partilhada, o médico transfere conhecimento para o doente e este transfere igualmente informação para o médico, de modo a chegarem a um acordo quanto à decisão a implementar. Nesta situação os dois são actores no processo de escolha e tomada de decisão. No consentimento informado a comunicação é unidireccional, embora sequencial, primeiro o médico expõe a situação, depois o doente declara a sua decisão. Na decisão partilhada a comunicação é bidireccional, em que os dois interessados estão lado a lado e a decisão não é tomada *por* um, mas sim *com* os dois.

O doente quando vem à consulta geralmente já dialogou com a família, os amigos, consigo próprio, por vezes até com outros técnicos e, portanto, já tem muitas ideias formadas sobre o problema, seja quanto às suas causas, ao tratamento, ao diagnóstico, às conseqüências, etc. Se o médico não identifica essas aquisições prévias sujeita-se a construir todo um plano que o doente não vai entender e muito menos cumprir, para além de não lhe aliviar a ansiedade através da compreensão. Mais de 60% dos doentes têm sintomas que não relatam ao seu clínico geral e, segundo o Consenso de Toronto, o médico não identifica na consulta, 54% das queixas, 45% das preocupações e 54% das perturbações psicológicas⁶¹. Também Debra Rotter, nos seus estudos com

doentes simulados, verificou que os médicos conseguiam colher pouco mais de 50% de informação médica considerada clinicamente relevante.

O conhecimento das expectativas do doente face à consulta, aos planos de diagnóstico e de terapêutica, é outra dimensão importante a ter em conta para o entendimento recíproco. Quantas vezes se cai no jogo psicológico de o médico fazer sucessivas propostas de terapêutica a que o doente responde com sucessivas desvalorizações, caracterizadas por respostas tipo “*sim, mas...*”, ou, “*isso!? Já eu fiz e...*” Nestas circunstâncias impõe-se a avaliação das ideias do doente de forma a poder moldar os planos às mesmas, quando possível, ou estabelecer compromissos que permitam a ambas as partes aproximarem-se dos seus objectivos.

Conforme já mencionado, cerca de 50% dos clientes, na consulta de clínica geral, têm sintomas físicos inexplicáveis segundo o paradigma biomédico no entanto, uma boa parte deles recebem tratamento ou são sujeitos a exames complementares de diagnóstico sem qualquer lógica. A pressão dos doentes no sentido de serem tratados é o argumento para aquele tipo de comportamento médico, contudo alguns estudos mostram que não é a pressão do doente que determina a prescrição mas antes a gravidade do quadro clínico percebida pelo médico. Segundo Ring e colaboradores⁶², é a forma como o doente descreve os seus sintomas que fazem os médicos sentirem-se pressionados para prescrever. Na narrativa do doente, as características que mais contribuem para o comportamento prescritor são: impacto dos sintomas na vida do doente, descrição florida com linguagem metafórica exuberante, explicações biomédicas, crítica e tensão emocional associada aos sintomas. Dos 34 doentes estudados por Ring e outros, 27 receberam uma prescrição de medicamentos, 12 pedidos de exames e 4 foram referenciados, apesar de apenas 10 terem pedido uma prescrição. Os autores concluem que é a forma como os doentes apresentam os seus sintomas que determina a intervenção de tipo somático.

Outro mito médico é a ideia que os doentes só se satisfazem com a cura ou alívio dos sintomas. Andén e colaboradores⁶³ concluíram dos seus estudos qualitativos que, ao contrário da ideia preconcebida, os doentes não avaliam o resultado da consulta, fundamentalmente, em função da modificação de sintomas mas valorizam, igualmente, compreender o que têm, a tranquilização, a confirmação das suas queixas e receios, a modificação da auto-percepção e, finalmente, a satisfação. Saber o que tem não é forçosamente ter um diagnóstico, até porque pode ter um diagnóstico e continuar a não entender o que se passa consigo, mas é, acima de tudo, compreender o que lhe está a acontecer. É curioso que estes autores verificaram que os doentes podem referir insatisfação com a consulta apesar de terem ficado curados desde que não tenham entendido o que se passou consigo.

Na cultura médica, quanto aos papéis a assumir por cada um dos intervenientes, é ideia generalizada que o doente deseja sempre que seja o médico a decidir o que fazer. Argumentando a favor desta ideia, invocam-se exemplos do doente A ou B que disse:

- *O Senhor Doutor é que sabe, eu faço o que me disser!*

Contudo, se existem alguns doentes que assim o desejam é verdade que há muitos outros que não o desejam^{64 e 65} e, portanto, o problema não está em nunca se poder assumir uma atitude paternalista mas sim em assumi-la sempre. A mesma atitude não serve para todos os doentes e, por vezes, para o mesmo doente, varia de momento para momento e de problema para problema. Por exemplo, há doentes que querem assumir papéis mais activos nas decisões sobre planos de mudança de estilos de vida, ou decisões com carácter preventivo mas que, numa situação de doença grave, já aceitam uma atitude mais paternalista. Apesar de tudo, alguns estudos evidenciam que o Médico de Família, tende a tomar em consideração os desejos do doente na hora de tomar decisões mesmo quando eles não estão de acordo com a medicina baseada na evidência⁶⁶. A variabilidade dos desejos dos doentes é um aspecto particularmente importante a ter em consideração nas relações continuadas, como acontece na Medicina Familiar, em que o facto de já se conhecer o doente há muitos anos favorece a cristalização de automatismos comportamentais que podem não se adaptar a todas as situações.

A avaliação das diferenças de entendimento torna-se ainda mais pertinente em situações de divergência, traduzidas por situações de resistência ou abandono dos planos terapêuticos. Geralmente, na prática clínica, o técnico procura “converter” o doente, sem respeito pela sua personalidade psicossocial. Se ele não se adapta diz que não adere, i.e., não abandona a sua crença e não se comporta como o médico lhe propõe. Resiste à introjecção das ideias do médico e à alienação das suas próprias crenças que, por muito más que sejam, são as suas. Vários estudos sugerem que as crenças dos doentes, acerca dos medicamentos que tomam, afectam a sua aderência à terapêutica pelo que o estabelecimento de interpretações comuns exige conhecer e discutir estas representações, respeitando as respectivas diferenças culturais⁶⁷. Nestas circunstâncias, é muito mais útil dar voz às ideias e preocupações do doente que optar pela confrontação, muitas vezes, com respostas justificativas, que apenas servem de demonstração de poder e são totalmente inúteis para ambas as partes.

Nas situações de conflito, Brown e outros⁶⁸ propõem o uso de uma grelha para evidenciar e analisar as divergências entre médico e doente (Quadro V).

Quadro IV. *Grelha para identificar divergências.*

<i>Temas</i>	<i>Doente</i>	<i>Médico</i>
<i>Problemas</i>		
<i>Objectivos</i>		
<i>Papéis</i>		

A proposta de um plano terapêutico, pelo médico, tem como resposta, por parte do doente, um dos três comportamentos seguintes:

1. Conjuntamente com o médico toma uma decisão que ambos consideram como a mais adequada;
2. Pede a opinião ao médico e delega neste a decisão;
3. Após considerar as opções possíveis, toma uma decisão que o médico considera não ser a mais adequada.

Perante o último comportamento o que se propõe é uma atitude de concordância* (do inglês *concordance*) por parte do profissional de saúde. Este é um conceito introduzido em 1996, pelo Medicines Partnership Group (MPG), criado conjuntamente pelo Department of Health e a Royal Pharmaceutical Society, do Reino Unido. Segundo o MPG, a concordância é o acordo entre doente e profissional de saúde, obtido após negociação, respeitando as crenças e os desejos do doente no acto de decidir sobre se, como e quando tomar uma medicação no qual é reconhecida a primazia da decisão do doente⁶⁹.

Esta atitude pressupõe que o médico conhece os pontos de vista e as decisões do doente que, por sua vez, sabe que as suas ideias são respeitadas e em qualquer dificuldade que possa sentir no seguimento da opção escolhida pode contar com o médico para uma discussão aberta. Nesta situação, a função do médico é ajudar o doente na persecução da sua decisão e funciona como a ponte entre o conhecimento científico (incluindo o que se ignora) e a vida real do doente. Os doentes com crenças distantes da cultura médica e com preocupações que não foram consideradas pelos profissionais de saúde têm maior probabilidade de não tomar a medicação que lhe foi proposta. A colocação de questões aos doentes, que visam conhecer as suas experiências e os seus pontos de vista face à medicação, constituem as habilidades comunicacionais básicas para um resultado concordante. De salientar que, ao contrário da adesão ou da *compliance* que são propriedades do doente, a concordância é uma propriedade do resultado final da consulta.

Nicky Britten⁷⁰, um dos membros do Medicines Partnership Group, enuncia os requisitos para chegar à concordância clínica:

1. Vontade de partilhar o controlo e empenho em dar atenção adequada aos valores e objectivos do doente;
2. Abertura, sem pressupostos, para discutir as opções recorrendo ao questionamento do doente;

* Concordância. Em geografia diz-se que as montanhas concordantes são as paralelas à costa. O Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, da Academia de Ciências de Lisboa, define concordância como o acto ou o efeito de concordar e, portanto, concordar é por de acordo, conciliar, concertar, ter a mesma opinião a respeito de..., convir em..., harmonizar e conciliar. Segundo esta definição, concordância inclui um leque de situações que vai desde o extremo, em que ambos têm a mesma opinião, até ao outro extremo, em que apesar de terem opiniões diferentes podem harmonizar as suas posições de modo a concordarem com uma decisão que respeita a liberdade de ambos. Para mais informação sobre o conceito de concordância (*concordance*), aconselha-se consultar o seguinte endereço electrónico: http://www.medman.nhs.uk/med_partnership/about-us/history--context.html

3. Partilha adaptada de informação, incluindo as incertezas subjacentes à tomada de decisão;
4. Escutar pelo menos tanto quanto se fala;
5. Tempo.

Tomar decisões baseadas na partilha de informação e respeito pela crença do doente torna obsoleta a preocupação com a *compliance* ou a adesão, dado que o centro da decisão é o doente. Para a decisão partilhada é necessário explorar quatro áreas:

1. Compreender o diagnóstico e o tratamento;
2. Conhecer as crenças, as preocupações acerca do problema e as opções de tratamento do doente;
3. Conhecer as dificuldades que antecipam no cumprimento do plano terapêutico;
4. Avaliar os meios práticos de ajudar o doente a ultrapassar as dificuldades.⁷¹

No entanto, sempre existirão obstáculos à concordância que importa ter conscientes a fim de atenuar a frustração do profissional:

1. Incerteza quanto à forma de conduzir uma negociação concordante;
2. Tempo limitado para negociar;
3. Conciliar o conflito entre o compromisso de cuidar bem do doente, respeitando os seus desejos e crenças, e a responsabilidade profissional de se manter fiel à melhor evidência resultante da investigação clínica.

Por outro lado, na perspectiva do doente podem surgir dificuldades de outra ordem que, igualmente, se podem opor à concordância:

1. Assimetria de poder no encontro entre o médico e o doente;
2. Medo de ser rejeitado;
3. Receio de assumir responsabilidade adicional sobre as consequências de uma decisão que se afasta do que é preconizado pela medicina baseada na evidência.

Componente 4: incorporar a promoção da saúde e a prevenção da doença

Todos os profissionais de saúde assumem grande empenho na promoção da saúde e prevenção da doença contudo, na Medicina Geral e Familiar esta actividade assume particular relevância. No ambulatório, o doente é o principal elemento da equipa e, nas situações de promoção e prevenção da saúde, o seu papel é fulcral e imprescindível. Sem envolvimento do cidadão nestas actividades não há qualquer impacto na sua saúde, inutilizando-se todo o investimento nelas aplicado.

Sendo imprescindível a aceitação e o envolvimento do cliente em todas os processos que visam a promoção da saúde e a prevenção da doença mais premente e ajustado se torna o recurso ao MCCP.

A atitude perante a saúde, assim como perante a doença, é determinada pelas experiências do indivíduo, pela sua cultura e pelo seu meio micro e macro-social. Por parte do técnico de saúde é importante conhecer as perspectivas do cliente face à saúde e à prevenção da doença, para adaptar estratégias.

Neste componente está em foco a mudança de comportamentos, quer seja a alteração dos estilos de vida quer seja a interiorização de novos hábitos, nomeadamente terapêuticos, no caso do controlo de factores risco (v.g. a hipertensão arterial) ou de doenças crónicas (v.g. diabetes *mellitus*).

A atitude do cliente face a qualquer problema (por exemplo deixar de fumar) está dependente de uma infinidade de factores que o médico precisa conhecer quando o pretende influenciar para a mudança.

Para explicar os factores que afastam os sujeitos de comportamentos que visam a manutenção da saúde e prevenção da doença foram descritos vários modelos que resumidamente aqui apresentamos.

a) Modelo crenças na saúde

Segundo este modelo, um pessoa para mudar um determinado comportamento precisa de:

- Percepcionar, de algum modo, ser susceptível ao problema, isto é, o problema é importante para si porque sabe que o pode afectar;
- Estar convicto de que se mudar o comportamento reduz fortemente as probabilidades de ter o problema, ou seja, acredita na eficácia da mudança;
- Sentir que possui os instrumentos e os recursos que lhe permitam implementar o novo comportamento, isto é, acredita em si, percepção auto-eficácia.

Por exemplo, um cliente com hipertensão arterial, para aderir à terapêutica e implementar hábitos de vida que permitam a sua regularização, tem que acreditar na gravidade do problema, na eficácia do plano de abordagem e na sua capacidade de ultrapassar os obstáculos. Para o médico, a questão não é apenas de lhe apresentar um óptimo esquema terapêutico e dar conselhos a respeito de estilos de vida saudáveis. Antes de tudo, deve avaliar a forma como o cliente vê o problema da hipertensão arterial e trabalhar essas ideias. Contudo,

os programas de hipertensão (incluindo a formação), continuam a propor mais do mesmo: mais fármacos e dar mais conselhos –“*Tome os medicamentos*”, “*controle a sua tensão*”.

A propósito, imagine apenas nas múltiplas interpretações que um cliente pode dar a este conselho, “*controle a tensão*”. O que é isto? Mede duas vezes por dia? Uma vez por dia? Por semana? Por mês? Só quando tem sintomas?

b) Modelo de Bandura

Albert Bandura trabalhou a teoria da aprendizagem social segundo a qual no processo de aprendizagem devem ser considerados três elementos: o sujeito, o ambiente e as estruturas mentais que relacionam aqueles dois e que interagem entre si de modo complexo. Uma ilação desta teoria, com fundamentação experimental, é que não é necessário desempenhar um comportamento para o aprender.

Frequentemente, implementar um comportamento saudável é difícil. No entanto as pessoas podem acreditar que são capazes de ultrapassar os obstáculos se realmente o desejarem. Contudo, as pessoas adquirem o seu sentido de serem capazes através dos sucessos e dos falhanços do passado, funcionam como verdadeiros cientistas: comportamento ou atitude no passado teve como consequência determinado resultado portanto, no futuro, se eu tiver comportamento idêntico acontecerá o mesmo. Com base nessas experiências do passado, que podem não ser experimentadas mas apenas testemunhadas, instala-se no indivíduo a ideia que a sua saúde depende dos seus esforços individuais (*locus interno*) ou que ela não depende dos seus esforços mas sim do exterior. De notar que a cultura prevalente em Portugal e não só, favorece nitidamente a construção do *locus externo*. Esta atitude é muito favorecida pela cultura médica, que retira toda a autonomia ao doente, e é ampliada pelos *mass media* quando todas as notícias relacionadas com a saúde são elaboradas num contexto em que se subentende a ideia de “saúde igual a utilização de serviços”, obrigação dos serviços de saúde de garantirem a saúde individual, nível de saúde da população medido com base no acesso aos serviços de saúde. O próprio conceito de direito à saúde reflecte a ideia que é um bem a que se tem direito e, como tal, deve ser garantido por outrem.

Esta teoria ressalta a auto-eficácia, como factor determinante para a mudança de comportamentos, e a importância de a avaliar.

c) Modelo transteórico de Prochaska e DiClemente

Este modelo nasce a partir de outras teorias anteriores como a das crenças na saúde e a do *locus* de controlo e, por este motivo, também é conhecida por modelo transteórico. Baseia-se na premissa que as pessoas não mudam de comportamentos de um modo súbito mas antes através de estádios sucessivos.

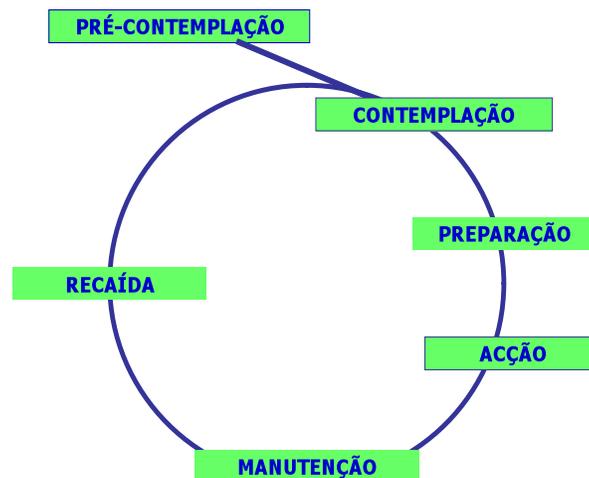


Fig. 11. *Fases do ciclo de mudança de comportamentos.*

Este facto observa-se em todos os processos de aprendizagem, ninguém aprende de um momento para outro, há uma evolução gradual ao longo de todo o processo. O Modelo de Prochaska e DiClemente pressupõe que um indivíduo, num processo de mudança, atravessa uma sequência de fases até chegar ao comportamento desejado. Nesta evolução o modelo de Prochaska e DiClemente considera as seguintes fases ou estádios de mudança de comportamentos:

- **Pré-contemplação:** o cliente não reconhece o problema e não está disposto a qualquer mudança. Para sair desta fase, tem que acontecer qualquer coisa importante que o faça tomar a consciência do seu problema, isto é, qualquer evento que provoque dissonância cognitiva. Porque só nos importamos com aquilo que nos afecta emocionalmente, em geral, este acontecimento tem impacto emocional.
- **Contemplação:** o cliente aceita que talvez exista alguma vantagem na mudança. É uma fase de reflexão e de patente dissonância cognitiva. O indivíduo está num processo de “carregamento de pilhas” ou a tomar balanço para a mudança.
- **Acção:** o cliente ensaia o novo comportamento. É de curta duração e evolui para a fase de manutenção do novo comportamento ou para a recaída.
- **Manutenção:** o novo comportamento é assumido mas, contudo, nunca pode dizer que o é de modo definitivo. Existe sempre o perigo da recaída.
- **Recaída:** fase que sucede a eventual retorno ao comportamento anterior sendo em tudo igual à fase da pré-contemplação, porém com a experiência da tentativa de mudar. É uma fase de alguma frustração e desânimo que importa reconverter positivamente, asseverando que cada recaída é um passo para a mudança definitiva. Tal como ninguém aprende a andar de bicicleta sem ter quedas, também ninguém aprende novos comportamentos sem ter recaídas. Nos fumadores, quanto mais recaídas têm mais perto estão de serem definitivamente ex-fumadores.

De qualquer modo, o que todas estas teorias têm em comum é que se baseiam na filosofia da abordagem centrada no cliente e trabalham em torno dos conceitos de importância, auto-eficácia e preparação para a mudança. Muitos dos seus princípios foram incorporados nas práticas motivacionais. Com efeito, as técnicas de entrevista motivacional nasceram da prática para a teoria, ao contrário do que tem acontecido na maioria dos movimentos. Estas teorias, desenvolvidas em paralelo, deram fundamentação a um conjunto de técnicas que, na entrevista motivacional, formam um conjunto, coerente, aplicável na clínica às situações em que se pretende uma mudança de comportamentos ou, simplesmente, a adição de novos.

A própria definição de entrevista motivacional põe em evidência este aspecto, ao descrevê-la como sendo um estilo de consulta directa, centrada no cliente, que visa provocar uma mudança de comportamento, ajudando a explorar e a resolver ambivalências⁷².

Em resumo, as actividades efectivas de promoção da saúde e da prevenção da doença exigem um profundo conhecimento das ideias, das perspectivas, a abordagem das crenças e dos mitos relacionados com a saúde e com o adoecer do cliente. Por outro lado, a definição de estratégias de motivação para a mudança devem ser determinadas com base no grau de importância atribuído ao problema, da percepção da auto-capacidade para a mudança de comportamento e do grau de preparação ou de maturidade, face à ideia de mudar de um comportamento indesejado para outro desejado.

Componente 5: construir a relação paciente-médico

A relação paciente-médico é a pedra basilar do MCCP de tal modo que alguns autores, como Tresolini, o descrevem como Método Centrado na Relação o que sendo uma designação que evidencia a importância da relação é, no entanto, imprecisa porquanto o método existe exclusivamente no interesse do doente e não pela relação. Aliás a relação só é plausível existir enquanto for de utilidade para o paciente. A relação terapêutica visa ajudar o paciente e, se possível, procura a cura.

Frequentemente, o médico assume uma atitude arrogante colocando-se acima do paciente indiferente ao seu sofrimento e apenas preocupado em aplicar a tecnologia. O distanciamento do médico em relação ao cliente contribui para a construção de uma espécie de “sistema arrogante” no qual o doente deixa de ser visto como um ser humano para ser apenas uma tarefa a realizar. Transforma-se num modelo de intervenção centrado na tarefa. Nestas circunstâncias o médico tem dificuldade em reconhecer o que o doente mais precisa: reconhecimento do sofrimento e do doente como ser único e estar presente atempadamente, isto é, quando o doente precisa.

Gilbert *et al*⁷³. através de um estudo de investigação emancipatória*, concluíram que a relação terapêutica, na perspectiva do doente, envolve comunicação efectiva, sensibilidade cultural e ausência de coerção. A comunicação efectiva

*Na investigação emancipatória os investigadores fazem parte ou partilham dos mesmos atributos da população alvo. No presente estudo, os entrevistadores foram ex-utilizadores de hospitais psiquiátricos a entrevistar outros sujeitos nas mesmas condições.

compreende escutar, falar e compreender. Para que a comunicação aconteça é imprescindível que os participantes estejam disponíveis, mutuamente dedicados e iniciem contacto. A escuta foi muito valorizada pelos doentes, verbalizando que se sentem valorizados quando têm essa experiência, sobretudo se a escuta é sem julgamentos de valor ou paternalismos. O falar foi visto pelos doentes como terapêutico se, previamente, se tiverem sentido escutados e compreendidos. Os doentes que se sentiram compreendidos valorizaram os conselhos e a informação fornecida. A comunicação coerciva, como as ameaças, é vista como profundamente negativa. A coerção tem um impacto profundamente negativo na relação e na aderência à terapêutica. Em estudos com doentes idosos, verificou-se que estes incluem na relação valores como a confiança, o suporte, a discussão dos sentimentos e a orientação para o indivíduo em vez de para a doença⁷⁴. Mauksh e colaboradores⁷⁵, na sequência de trabalho de revisão de literatura, concluíram que os factores que mais contribuíram para a eficiência da comunicação foram o estabelecimento da relação médico-doente, a definição da lista de problemas a abordar na consulta e a resposta aos indícios sociais e emocionais. Conclui-se, então, que **antes da acção devemos desenvolver a relação.**

Num estudo de Peltenberg e colaboradores⁷⁶, realizado com 2.243 doentes, verificou-se que em 15% das consultas, ou seja uma em cada seis, surgem motivos emergentes (isto é, doentes cujas expectativas para a consulta foram ultrapassadas). A sua identificação está dependente do tempo gasto na construção da relação e dedicado à explicação médica, não tendo encontrado qualquer relação com o tempo total da consulta. Segundo aqueles autores, é de esperar que em cada seis consultas surja uma com motivos que nem o doente nem o médico têm consciência da sua existência antes da consulta, e que a sua emergência está dependente da capacidade do médico identificar os índices ou deixas verbais e não verbais do doente.

Durante o ensino médico foi transmitida a ideia de que o médico nunca se deve envolver emocionalmente devendo comportar-se como um observador e prescriptor distanciado, de acordo com a perspectiva mecanicista da medicina. Este distanciamento paga-se com dificuldades no relacionamento com os doentes e com os colegas.

Contudo, o envolvimento é, muitas vezes, inevitável e mesmo fundamental para o médico exercer o seu potencial terapêutico. A abordagem centrada no paciente implica a partilha de poder e de controlo considerando a consulta como encontro entre dois peritos. O médico é o perito técnico e o doente é perito sobre o seu sofrimento e, espera-se, que da conjugação do conhecimento dos dois, resultem decisões que serão de valor muito superior ao que aconteceria se ambos actuassem ignorando-se mutuamente.

A relação terapêutica efectiva exige duas características: a continuidade e a constância. A continuidade, entendida como a prestação de cuidados ao longo do tempo, facilita relações de maior intensidade e caracteriza-se por:

- Ambiente estável de prestação de cuidados;
- Estabelecimento de uma relação médico-doente responsável;
- Objectivo de alcançar a melhoria do estado global de saúde do paciente⁷⁷.

Este conceito não exige que o paciente seja atendido sempre pelo mesmo clínico geral aplicando-se a contextos de práticas de grupo, por exemplo em unidades de saúde familiar (USF).

Estudos de Hjortdahl e Borchgrevink⁷⁸ apontam no sentido do conhecimento acumulado favorecer a redução do tempo de consulta, da requisição de exames complementares de diagnóstico, de atestados de incapacidade e, em menor grau, das prescrições. Outros estudos⁷⁹ especificam que a importância da continuidade depende do motivo de consulta sendo percebida pelos doentes como importante nas situações com grande carga emocional, de longa duração ou complexas. Os hiper-utilizadores valorizam a continuidade de cuidados, provavelmente, reflectindo o reconhecimento da importância da continuidade no seguimento de doenças crónicas⁸⁰. Estudos com doentes em situações hipotéticas mostram que, depois da realização do exame físico, o factor que mais valorizam é serem consultados por um médico que os conheça bem⁸¹.

A constância é a qualidade de se ser constante no empenhamento quanto ao bem-estar do doente. Na presença do doente, não interessa o que aconteceu antes nem o que pensamos vir a acontecer, o que realmente interessa é o “aqui-e-agora” e ver cada encontro como fosse o primeiro. O clínico deve manter uma atitude que lhe permita ver o que é novo, combater a “cegueira” cognitiva para novos sinais ou sintomas que possam indiciar novos problemas, ou seja, em todas as consultas deve manter a atitude que tem nos primeiros encontros (*Beginner's mind*). Stewart e colaboradores⁸² verificaram um dos factores que mais se associou a uma percepção de melhoria dos sintomas após a consulta, num contexto de continuidade de cuidados, foi o facto de a iniciativa da consulta ser do doente reflectindo, provavelmente, uma maior atenção do médico ao que é de novo. A consulta de seguimento de problemas crónicos é estruturada segundo os objectivos do médico e, por isso, pode não dar espaço à introdução de outras preocupações. Considerando estes achados os mesmos autores propõem que nestas consultas se coloquem questões do tipo:

- *Que tal? Como vão as coisas?*
- *Tem alguma coisa mais que a preocupe?*
- *Desde a última consulta alguma coisa se modificou na sua vida que me queira falar?*

Por outro lado, considerando o potencial terapêutico do médico, este deve ter em atenção os fenómenos de transferência e de contra-transferência o que exige profundo auto-conhecimento através da auto-crítica permanente na interacção com os outros. O clínico deve conhecer os seus estilos de comunicação, as suas respostas automáticas e as consequências dos seus padrões comunicacionais.

A consulta é um encontro entre uma confiança e uma consciência. Confiança do paciente de que o médico o entende, o aceita tal como é, o ajuda a encontrar a melhor solução para o seu problema e o coloca no centro dessa solução. Por outro lado, o médico deve ser consciente das suas emoções, que se podem opor ao melhor interesse do paciente, das consequências dos seus

actos de fala e do seu poder. Toda a prática clínica deve ter, na sua base, um constante e permanente exercício de auto-consciência.

Em resumo, não sendo a relação médico-paciente um fim em si, ela é um meio importante para ajudar o doente. A continuidade de cuidados é importante para o estabelecimento de uma relação terapêutica mas ela exige constância nas atitudes de modo a não ficar condicionado e amarrado a ideias estereotipadas. Finalmente, o médico é, em si, um potente fármaco com propriedades que o seu prescritor deve conhecer. Assim, o médico deve procurar conhecer a sua farmacologia clínica: a farmacocinética com as transformações que sofre na interacção com os seus doentes e a farmacodinamia, ou seja, os efeitos ou modificações que provoca neles. Neste sentido, deve-se preocupar com o auto-conhecimento e a auto-consciência, processos que exigem um estudo e treino ao longo de toda a vida profissional e, geralmente, de todos os conhecimentos, este é o mais doloroso.

Componente 6: ser realista

Este componente é muito plástico dependendo os seus conteúdos dos contextos em que se prestam os cuidados de saúde.

Em clínica geral o tempo de duração da consulta é um bem escasso cuja gestão exige grandes aptidões. O tempo por consulta é um factor que varia em função do contexto, indo desde o valor médio de 5 minutos na Espanha até aos 21 minutos na Suécia, passando pelos cerca de 15 minutos em Portugal.

O argumento mais frequente para não usar o MCCP é de que precisa de mais tempo que o método biomédico. Contudo, vários estudos demonstram que a abordagem centrada no cliente não aumenta o tempo e os médicos não mudam de método quando experimentalmente se aumenta o tempo de consulta.

Um estudo comparativo entre clínicos gerais dos Estados Unidos e da Holanda, recorrendo à análise de consultas videogravadas, mostrou que as consultas dos primeiros duravam, em média, mais 5 minutos que a dos segundos (15,4 contra 9,5 minutos, respectivamente). Apesar desta diferença, 48% das consultas americanas eram intensamente biomédicas, enquanto que nas holandesas a frequência deste tipo de consultas se reduziu a 10%. Além disso, os holandeses abordavam aspectos sócio-emocionais em 50% das consultas, já os americanos o faziam apenas em 10%. A proporção de tempo dedicada ao exame físico era igual nas duas populações⁸³. Contudo, a duração da consulta é um factor importante para o diagnóstico de problemas psicológicos⁸⁴ e os clínicos gerais dizem que o principal obstáculo ao tratamento da depressão é a falta de tempo⁸⁵. Persiste a dúvida se são as consultas longas que favorecem a detecção de problemas psicológicos ou se é a existência destes que determina o prolongamento da consulta. O que fica claro é que problemas psicológicos exigem consultas mais longas. Ter mais de 3 consultas por hora, associa-se a maior insatisfação do doente (Kaplan *et al.* 1989), menores taxas de vacinação, menos conhecimento dos hábitos tabágicos, alcoólicos, história familiar e social e menor número de cuidados preventivos na mulher^{86, 87}. Tamblyn *et al.*⁸⁸ verificaram que consultas com menos de 15 minutos representavam um factor de risco de inadequada prescrição de AINEs para a coxalgia e deficiente avaliação dos respectivos efeitos colaterais gastro-intestinais.

A exiguidade de tempo, para a consulta em clínica geral, é precisamente uma das razões para aprender e treinar as áreas da comunicação (Dugdale *et al.* 1999). O factor que mais contribui para a satisfação do paciente com a consulta não é tanto a duração dela mas sim a percepção do tempo de duração reflectindo a intensidade da relação. Ogden e colaboradores⁸⁹, num estudo quantitativo em que compararam o tempo real com o tempo percebido pelo doente, verificaram que aqueles que pediam mais tempo eram os mais insatisfeitos com os aspectos emocionais da consulta e os que apresentavam menor intenção de aderir às recomendações do médico. O médico deve saber que existem doentes que sentem a responsabilidade do tempo que lhe ocupam e, por esse motivo, não estão à vontade para expressar temas de natureza psicossocial⁹⁰.

A continuidade de cuidados em clínica geral oferece várias oportunidades para abordar o doente, pelo que nem tudo tem que ser feito de uma só vez. É importante dosear os procedimentos ao longo do tempo dando oportunidade ao doente de maturar ideias. Por vezes, logo numa primeira consulta o cliente pode dizer demasiado de si, entrando logo em problemas íntimos e o médico, algo deslumbrado com a facilidade como “pôs” o doente a falar, deixa estender a consulta para lá dos limites razoáveis, ficando o doente muito assustado, ou mesmo envergonhado, por logo no primeiro contacto ter dito tanto de si a alguém que ainda não conhece suficientemente. Esta abertura sem contenção, por parte do médico, pode ser uma dose excessiva do “fármaco médico”, isto é, uma sobredosagem, como o exemplo do Caso 6. Nestas circunstâncias, a limitação da consulta é essencial para dar tempo ao doente de elaborar as suas ideias nos espaços inter-consultas e ao médico para preparar estratégias, para além disso, nas consultas longas é, humanamente, muito difícil manter uma atenção constante essencial para a escuta reflexiva.

Caso 6. Exemplo de sobredosagem do fármaco médico

Mulher de 50 anos veio à consulta uma única vez e há 2 anos. Vem agora à consulta com diversos pedidos de exames de dois médicos incluindo uma proposta de um ecografista.

Referia dores intestinais com períodos de obstipação alterando com diarreia. Saliento-lhe a necessidade de ter um médico que a siga regularmente para além de a minha função ser a de a servir como médico e não como transcritor de pedidos de terceiros. Confrontada, a doente responde:

- Olhe Doutor, vou ser sincera. Há tempos, quando cá vim à consulta, o Doutor esteve comigo quase duas horas e eu senti que tinha falado muito e senti-me assustada. Como é que eu podia ocupar tanto tempo quando existem outras pessoas para atender? E, por isso, não voltei por vergonha!

No tempo da primeira consulta, eu tinha acabado de chegar ao centro de saúde e ainda não tinha o horário preenchido, pelo que tive disponibilidade para estar tanto tempo com a doente mas, como se pode constatar, houve uma sobredosagem que levou a doente a não voltar à consulta.

Outra dimensão relacionada com o tempo é o momento escolhido para a intervenção, a oportunidade, ou melhor, o sentido da oportunidade. Dentro deste conceito está a capacidade de ordenar os diferentes problemas segundo uma prioridade que tem em consideração os desejos e as ideias do doente. Outro aspecto é saber o que dizer no momento certo e quando é o momento certo para o dizer. Por exemplo, ao dar más notícias deve-se cuidadosamente ordenar a sequência dos actos de fala, de modo que o emocionalmente mais importante seja dito no momento em que o receptor está melhor preparado. A forma de transmitir más notícias faz muita diferença nos receptores (seja doente ou familiar) em termos perceptuais, avaliativos e emocionais⁹¹. A abordagem

centrada no doente provoca impactos muito mais favoráveis que as abordagens centradas na doença ou nas emoções*.

Ou ainda noutro exemplo, a escolha do momento adequado para tranquilizar o doente a respeito de uma dada queixa, evitando tranquilizações precoces que para além de serem inúteis para o doente podem aniquilar a relação terapêutica. Em clínica geral, ser realista é assumir que não se pode tratar tudo nem todos. O clínico geral deve saber quando referenciar ou delegar noutros profissionais e trabalhar em equipa e, tal como aprende a relação terapêutica, deve aprender a estar atento ao modo como comunica com outros profissionais: o Médico de Família não vale apenas pelos seus conhecimentos técnicos mas também pela capacidade de comunicar com os outros (doentes e profissionais).

Em resumo, o MCCP exige grande plasticidade do profissional de modo a se adaptar às exigências das circunstâncias e a adequar estratégias, em função do contexto. Subscrevendo a ideia de Robert Buckman⁹², oncologista canadiano, partilho convosco a sua ideia: *“nunca poderemos corresponder às expectativas de todos os doentes, mas o empenho e a técnica que colocarmos na comunicação clínica farão a diferença... Se o fizermos mal nunca nos perdoarão, se o fizermos bem nunca nos esquecerão”*.

* Estilo centrado nas emoções é um padrão de transmissão de más notícias caracterizado por o clínico insistir no carácter triste da mensagem demonstrando simpatia e empatia em excesso. O médico evita falar de esperança e aniquila qualquer réstia dela.

Mitos sobre o Método Clínico Centrado no Paciente

Alguns detractores do MCCP apresentam vários argumentos contra a sua utilização que importa lembrar embora brevemente.

A ideia que exige mais tempo tem sido rebatida por diversos investigadores que demonstram que não exige mais tempo como também, se aumentarem o tempo de consulta, os que não tem treino no MCCP continuam a aplicar o modelo biomédico, aproveitando o tempo a mais para fazer mais perguntas fechadas que nada acrescentam ao conhecimento da situação. Para além disso, o argumento da falta de tempo tem na sua base a atitude que desvaloriza o MCCP e a escuta do doente. De facto, este argumento surge porque se considera que escutar o doente é uma actividade periférica, redundante ou luxo, que não tem impacto significativo no tratamento do doente e, assim, pode ser visto como desperdício que poderia ser utilizado de modo mais útil noutro procedimento qualquer. Com efeito, não se vê a possibilidade de alguém dizer que não sutura uma ferida cutânea, num doente, com o argumento de que não tem tempo!

Outros argumentam que o método consiste apenas na maior focagem nos aspectos psicossociais dos doentes em desfavor das suas doenças. Contudo, o MCCP valoriza a agenda médica em igualdade com a agenda do doente, apenas recusa que o diagnóstico dos problemas psicossociais seja de exclusão. Dizem ainda que o MCCP exige submissão às exigências do doente mas na verdade o que defende é que se tenha em consideração as ideias do doente mas nunca um padrão de relação tipo consumista. O que se defende é que para ambos os interlocutores da consulta seja claro onde está o desacordo.

Frequentemente se confunde a defesa de partilha de informação e de decisões com o fundamentalismo de que tudo deve ser revelado. Todavia, o que se defende é a partilha da informação que o doente está preparado para receber e, para isso, é condição necessária o médico se centrar no doente que é quem define o que se deve partilhar. O mesmo se aplica em relação à tomada das decisões que se defende partilhada mas passa por avaliar até onde é que o doente deseja participar na decisão e, isso mais uma vez, é determinado por ele. Dizem, alguns, que o MCCP é um conjunto de tarefas que não se aplica em todas as consultas mas, na realidade o método deve ser usado em todas as situações incluindo em serviços de urgência, dentro dos condicionalismos do doente. Nos cuidados Primários, os doentes mais vulneráveis, psíquica e socialmente, e os que se sentem particularmente mal são os mais sensíveis à abordagem segundo o MCCP para além de parecer desejarem mais uma abordagem centrada na pessoa que uma prescrição⁹³.

Alguns têm o entendimento de que o MCCP não considera a Medicina Baseada na Evidência (MBE) e que chega, mesmo, a opor-se-lhe. Contudo o MCCP, ao adaptar os procedimentos, as terapêuticas, as intervenções provadas efectivas pela MBE, à especificidade do contexto de cada doente, aumenta as probabilidades de estes resultarem positivamente a favor do doente. Desde modo, o MCCP potencia e valoriza a MBE conforme Armando Brito e Sá exemplifica na sua tese de doutoramento, a propósito do raciocínio e tomada de decisão na abordagem da infecção genital por *Chlamydia trachomatis* em que afirma: “A decisão clínica na moderna Medicina Geral e Familiar assenta (i) na

*utilidade da informação disponível, (ii) no uso de evidência orientada para o paciente e (iii) numa pareceria explícita entre médico e paciente*⁹⁴.

6

ENTREVISTA CLÍNICA

A relação é um produto da intervenção do médico e não obra do acaso. O “bom médico” não se define apenas pelo nível dos seus conhecimentos, mas também pela sua capacidade de se relacionar com os outros. Esta não é uma qualidade inata com a qual se nasce ou não. A capacidade de se relacionar pode sempre melhorar.

6. ENTREVISTA CLÍNICA

6.1. DEFINIÇÃO E OBJECTIVOS

Numa perspectiva simples a entrevista pode ser entendida como uma relação e comunicação interpessoal entre dois ou mais indivíduos. O que distingue a Entrevista Clínica de outra qualquer é que à faceta de entrevista se associa a aplicação de técnicas que visam chegar a um diagnóstico com o fim último de ajudar o doente a restabelecer o equilíbrio com o seu ambiente.

De modo mais simples podemos definir a entrevista clínica como a conjugação da relação humana com as habilidades técnicas. O objectivo da entrevista clínica é o de obter informação. Entende-se por informação o conjunto de dados inseridos no seu contexto. Convém ter sempre presente este objectivo que é muitas vezes confundido com a colheita pura de dados, fora do contexto. Por exemplo, saber que uma pessoa fuma 20 cigarros por dia tem pouco significado se comparado com o significado da informação: homem de 40 anos, gerente de uma multinacional, teve há um ano um enfarto e fuma cerca de 20 cigarros por dia.

Já em 1963, Denis Martin⁹⁵, numa comunicação sobre psicoterapia por não-psiquiatras, salientava que *“o treino em medicina é altamente científico e materialista no qual, inevitavelmente, a ênfase é dada à precisão do diagnóstico físico e à aplicação do remédio específico ou à técnica mecânica”*.

Com efeito, o ensino da medicina é essencialmente centrado no saber *fazer*: como fazer e quando fazer. No entanto, a consulta é um momento terapêutico onde o clínico para além de associar ao saber fazer tem de associar o saber *ser*: como ser e quando ser. Quer isto dizer que na consulta o clínico se usa *como* instrumento terapêutico para além de utilizar instrumentos terapêuticos com mais ou menos sofisticação tecnológica. Assim, no treino clínico deve estar a aprendizagem do saber ser, que envolve o auto-conhecimento e a auto-consciência. Nesta vertente formativa, treina o uso de si próprio e aperfeiçoa-se como instrumento terapêutico, tal como se preocupa em utilizar os medicamentos, o bisturi ou o endoscópio. Nas especialidades mais tecnológicas, como são a generalidade das especialidades hospitalares, a preocupação é quase exclusiva em aprender as perícias de utilização da tecnologia e relacionam-se com o doente *através* da tecnologia. Por exemplo, o cirurgião treina-se no uso do bisturi e o seu potencial terapêutico expressa-se através da tecnologia cirúrgica. Portanto, ele preocupa-se essencialmente em trabalhar a interface técnico-tecnologia e é através da tecnologia que exerce o seu efeito terapêutico no doente. O Médico de Família relaciona-se directamente com o doente podendo, em associação, usar ou não tecnologia. Portanto, a sua preocupação formativa deve incluir a aprendizagem da interface entre si próprio e o doente. Tal como o cirurgião se preocupa no aperfeiçoamento constante e contínuo das suas capacidades e habilidades na utilização dos instrumentos cirúrgicos, o médico de família deve-se preocupar no aperfeiçoamento das capacidades e das habilidades de se utilizar como instrumento terapêutico. Para além disso, enquanto o cirurgião tem em atenção a manutenção dos respectivos instrumentos cirúrgicos em condições de garantir o máximo rendimento, o

médico de família deve preocupar-se com o seu desenvolvimento pessoal de forma a garantir o desempenho máximo do seu principal instrumento terapêutico - o próprio.

A entrevista clínica não deixa de ser uma conversa, contudo não se confunde com ela porque apresenta características que a distinguem. Todos nós conversamos uns com os outros, a única diferença nas conversas com os nossos pacientes é que estas são terapêuticas, ou seja, é uma conversa com objectivo. Por outras palavras são no benefício dos doentes.

Para efeitos práticos, dentro do conceito de entrevista clínica consideramos a conversa terapêutica ou “conversoterapia”.

Quadro V. Conversa vs. entrevista clínica.

Conversa vulgar	Entrevista clínica
Não tem focagem.	Centrada no cliente.
A conversa aborda os interesses de ambos os interlocutores.	Ocupa-se dos problemas do cliente e de mais ninguém.
Sem agenda definida.	Com tema definido.
A atenção é partilhada igualmente pelas duas partes.	O médico estrutura a conversa de modo a ser o mais útil possível para o paciente.
Ocorre em qualquer local.	Ocorre em local definido.
Começa e acaba quando os dois determinam.	Tem um tempo definido.

Outros sinónimos possíveis de “conversoterapia” podem ser aconselhamento, terapia de suporte ou psicoterapia “*minor*” (de Balint). Sigmund Freud, citado por Max Cline, escreveu que todos os médicos estão continuamente a praticar psicoterapia, mesmo quando não têm intenção de o fazer e quando não estão conscientes de o estarem a fazer⁹⁶.

Muitos autores defendem afincadamente a distinção entre aconselhamento e psicoterapia contudo, as pretensas diferenças, invocadas para as separar, são mais devidas a razões históricas ou defesa de sentimentos e interesses dos profissionais. O termo *counseling* impôs-se na literatura com Carl Rogers. Este recorreu a uma manipulação semântica para se proteger num contexto que era adverso ao exercício da sua actividade profissional. Com efeito, sendo psicólogo e dado que nos EUA a psicoterapia só era permitida aos médicos, designou o seu trabalho de comunicação terapêutica como *counseling*. Desde então, vários autores insistem em descrever as diferenças entre psicoterapia e aconselhamento acabando por se evidenciar mais as suas semelhanças que as suas diferenças.

Na linha da dificuldade em diferenciar os dois conceitos, Ernesto Spinelli prefere chamar-lhes simplesmente de **terapia** atribuindo-lhe como principal objectivo a “cura” entendida, no sentido psicoterapêutico, como a oportunidade de se sentir respeitado, desejado e aceite como ser humano digno de respeito⁹⁷.

Spinelli certificado em *counseling* pela BAC (British Association for Counseling), e em psicoterapia pela UKCP (United Kingdom Council for Psychotherapy) confessa que, honestamente, não consegue saber quando está a ser psicoterapeuta ou *counsellor*, e que, na prática, são os seus clientes que definem o seu título com base nos seus desejos e assumpções.

Para os autores que insistem nas diferenças, o aconselhamento centra-se no problema, a psicoterapia centra-se nas relações transferências entre terapeuta e doente. Para Davis e Fallowfield, aconselhamento e perícias de aconselhamento são qualidades e habilidades necessárias para qualquer profissional de saúde ajudar as pessoas independentemente do problema ou da especialidade.

O aconselhamento é curto e foca-se nas dificuldades pessoais e presentes em enfrentar (ou ultrapassar) os problemas da vida. A psicoterapia geralmente é prolongada e foca-se nos problemas pessoais profundos do cliente. Esta presume um tratamento e, logo, baseia-se em que existe uma perturbação a tratar (ex. alteração da personalidade).

Pelo contrário, no aconselhamento, não existe tratamento; o que existe é um problema e o objectivo é ajudar a pessoa a resolver as suas dificuldades e a viver uma vida mais gratificante.

Para outros, associado ao tratamento prolongada da psicoterapia adiciona-se o carácter mais intensivo desta com várias sessões semanais em oposição ao aconselhamento em que se resume a uma sessão semanal. Claro que este critério quantitativo é puramente artificial.

Na prática, os dois conceitos confundem-se, sobretudo se usarmos o conceito de psicoterapia de Brown e Pedder⁹⁸: “*psicoterapia é essencialmente uma conversa que envolve ouvir e falar com aqueles que estão em sofrimento com a intenção de os ajudar a compreender e resolver a situação difícil em que se encontram*”.

De qualquer modo, a entrevista clínica é sempre uma oportunidade de o médico aplicar a sua arte e técnica, o *saber* e o *ser*. Mota Cardoso, a propósito da relação terapêutica, descreve a arte e a técnica do terapeuta como: “*comunicar e fazer comunicar emoções, partilhar e fazer partilhar estados mentais, trazer ao aqui e agora o que, de vincutivo, não é nem de aqui nem de agora; a saber, a resposta contingente e adequada aos apelos objectivos e subjectivos do outro; o fomento e respeito pelos períodos de dessintonização e autonomia; o uso adequado de estratégias de reparação dos momentos de angústia e desconcerto... Ajudar a auto-construção do outro*”⁹⁹.

Ainda, de um modo mais simples, como diz Alice, no País das Maravilhas: “**não te limites a fazer, deixa-te estar**”.

Com efeito, este aspecto, de poder contar a nossa história a alguém, gera afecto; o afecto provoca tensão e, esta tensão, gera novos dados. Contar a própria história altera o que está a ser contado e acrescenta novos aspectos que até aí a pessoa não se tinha apercebido e, com essas novas perspectivas,

podem surgir novas soluções ou visões para os respectivos problemas¹⁰⁰. Spinelli¹⁰¹ diz o mesmo de outro modo, quando refere que as principais áreas a explorar, e mais estimulantes dos encontros terapêuticos, “*são examinar e clarificar o auto-constructo em geral e os elementos de julgamento em particular*”, não tanto para os eliminar ou modificar mas para colocar em evidência a sua influência e a sua acção limitadora das experiências de relação com os outros.

A identificação do paciente, intelectual e emocionalmente, é a base de toda a compreensão emocional. Ela depende da vontade e do desejo de compreender. O médico deve ser suficientemente seguro e livre para sair de si próprio (da consciência e do seu papel), isto é, se descentrar; ser outra pessoa. Toda a terapia é um esforço exercido em duas fases: primeiro identifica-se com o outro, depois, o esforço de retomar o seu papel e recuperar a objectividade. É navegar sem perder a terra de vista, de forma e evitar perder-se nesse mar (o mundo do doente) adentro. Portanto, a um processo de identificação com o outro deve suceder uma retoma da objectividade.

Para que se verifique um processo de aconselhamento exigem-se a reunião das seguintes características:

- Envolvimento de pelo menos duas pessoas;
- O objectivo é ajudar uma delas;
- Um procura aconselhamento e o outro tenta dá-lo;
- Acordo mínimo, explícito ou tácito acerca da natureza da interacção.

Por vezes, existe alguma confusão entre aconselhamento e dar conselhos, favorecida por não se encontrar outro vocábulo em Português que traduza a ideia original de *Counseling* sem utilizar a raiz comum de “conselho”. O aconselhamento consiste em ajudar o cliente a encontrar a sua própria solução para o seu problema enquanto que, dar conselho, é “dar” a solução ao cliente de um modo paternalista. Neste sentido, uma alternativa para a tradução do termo *counseling*, usado em castelhano, é “conselho não directivo” em oposição ao “conselho directivo”, próprio da atitude paternalista de dar conselhos. Claro que, por vezes, dar conselho é eficaz, o problema é quando não somos capazes de utilizar outra forma de ajudar, particularmente, quando a situação exige que seja o cliente a encontrar a sua solução.

Níveis de conversação

Na entrevista clínica podem ser considerados três níveis de conversação que traduzem a progressão na intensidade da escuta activa que, por sua vez, reflecte o grau de disponibilidade, genuinidade e envolvimento na transacção comunicacional:

1º nível. A conversa é superficial, educada e com termos “inócuos” e seguros. Os dois exprimem, não verbal e verbalmente, a tomada de consciência recíproca. Confirmam-se mutuamente. É o nível que vai pouco para além da comunicação fática.

À medida que a conversa evolui o cliente pode passar para o nível seguinte.

2º nível. A conversa é menos superficial. Implica escuta activa. O paciente aborda assuntos pessoais e sentimentos. O médico escuta as suas queixas e resume, com palavras suas, o que foi o seu entendimento da narrativa do paciente. Através deste resumo, o médico não só se assegura do grau de fidedignidade da sua compreensão, mas também o dá a saber ao paciente construindo, deste modo, um terreno de compreensão comum. Muitas conversas terapêuticas não se aprofundam e ficam a este nível.

3º nível. O mais profundo. O doente “põe a nu” assuntos mais profundos como medos e ansiedades íntimas. Só a este nível é possível abordar temas como a sexualidade, identidade pessoal, sentimentos e pensamentos mais íntimos. A este nível, o clínico assinala e ou confronta o paciente com os seus sentimentos e emoções presenciados e funciona como “espelho” que reflecte os estados de alma do doente.

Para chegar a este nível é preciso tempo e o processo não deve ser apressado sob pena de afugentar o paciente. Se o paciente se revela muito rapidamente o próprio pode ficar assustado e embaraçado levando a que nunca mais volte.

Geralmente, a entrevista clínica só deve descer ao nível três, quando se alcançou um clima de confiança e as duas partes chegaram a um grau considerável de conhecimento mútuo.

É este o nível mais frequente no aconselhamento e na psicoterapia.

6.2. CONDIÇÕES FÍSICAS PARA A ENTREVISTA CLÍNICA

Os serviços de saúde, hospitalares e ambulatoriais, desvalorizam e desprezam a generalidade dos espaços físicos onde se desenrolam os actos terapêuticos. De todos os serviços, onde se observa algum cuidado com a qualidade ambiental são os blocos operatórios e nos serviços onde há um elevado risco de infecciosidade. Mesmo assim, as preocupações ambientais limitam-se a garantir um ambiente biologicamente asséptico, porque os outros componentes ambientais, como agradabilidade, conforto e estética são negligenciados, chegando mesmo a descurar a manutenção regular da temperatura.

A privacidade dos locais de consulta é desrespeitada constantemente verificando-se uma permanente devassa do espaço terapêutico por profissionais, por utentes e até delegados de informação médica. A maioria comporta-se como se a consulta e o seu local fossem aspectos que não merecem qualquer cuidado assumindo-se que têm uma função meramente circunstancial sem qualquer impacto na qualidade dos cuidados prestados. Comportam-se como se a qualidade da cama onde se dorme não tivesse qualquer importância para a qualidade do sono.

Imagine que convidou alguém para ir a sua casa. Alguém que preza e tem muito prazer em receber e, para além disso, deseja impressiona-lo positivamente. Vários dias antes começa a preparar essa visita. Verifica se a casa está limpa, arrumada, planeia comprar flores, escolhe a toalha que vai por na mesa, a loiça que vai utilizar, etc. Faz tudo pensando na pessoa que vai receber. Executa tudo

isto de modo consciente e premeditado, para que a pessoa se sinta o melhor possível e para que a relação entre os dois se consolide.

Agora faça uma retrospectiva dos cenários de consulta que frequentemente presenciou. Mobiliário degradado, papéis espalhados por tudo quanto é sitio. Na secretária, não se descortina qualquer espaço livre e há literaturas de propaganda farmacêutica por todo lado. Nos gabinetes com computador, identifica-se um monitor que emerge dum mar de literaturas e outros papéis, qual iceberg emergente do oceano. O rato do computador adivinha-se perdido entre as literaturas e os montes de impressos do SNS. As faces laterais, e apostava que mesmo o tampo, da secretária e da CPU estão cravejadas de autocolantes, também eles publicitando produtos farmacêuticos. O pó está omnipresente e bem visível assumindo-se que, perante tal caos, nem vale a pena tentar limpar. A cadeira para o doente está do lado oposto ao lugar do médico, geralmente mais baixa que a daquele. No bordo da secretária, mais próximo do doente, encontra-se um “muro” formado pelos mais diversos objectos: o monitor do computador; copo com diversas canetas, o copo e as canetas são veículos de publicidade a produtos farmacêuticos; um calendário em forma de cabana, com o mês virado para o médico e, do outro lado, mais um ou dois anúncios a produtos farmacêuticos, ali, bem nos olhos do doente; segue-se outro veículo de publicidade da indústria, um porta *clips*, alguns destes têm mesmo mensagens iconográficas de produtos farmacêuticos; e, finalmente, um esfigmomanómetro e um monte de processos clínicos que aguardam arquivamento. Tudo em fila, formando uma barreira física entre os dois interlocutores que tentam comunicar por cima dela, como se estivessem a jogar à batalha naval.

Os dois ambientes, que acabamos de descrever, são muito diferentes, mas parece que todos estamos de acordo que os princípios e as atitudes subjacentes aos dois encontros deviam ser iguais. Então por que não o são? Não sei, nem se calhar devo dar respostas sem ofender alguém mas, já vi médicos, que retiram premeditadamente cadeiras dos gabinetes para que os doentes não se demorem. Certamente que esta é uma estratégia eficaz para aquele objectivo, o que demonstra bem como o clínico sabe o quão importante é o ambiente da consulta para o estabelecimento da relação. Em termos hiperbólicos: não há ambiente, não há relação.

Warren, citado por Rapport *et al.*, introduziu o conceito de “estética organizacional” para nomear a experiência estética do local de trabalho e o seu impacto no desempenho profissional. O espaço da consulta é o palco onde o médico e o doente representam os seus papéis atribuídos pela sociedade. O estudo de Frances Rapport *et al.*¹⁰². revela as várias perspectivas que os clínicos gerais têm sobre o espaço da consulta: seguro, pessoal, icónico, efémero, restritivo, comunicativo, de trocas e geográfico. O espaço da consulta deve traduzir a vontade de contribuir para a construção da relação de confiança, propiciar a boa prática pelo profissional, facilitar o doente a revelar-se tal como é e expressar as suas ideias. O cenário físico do palco terapêutico deve inspirar o médico e libertar o doente.

Concluimos que, em todos os encontros, o aspecto ambiental é um importante determinante para o seu êxito. Veja-se o quanto as organizações comerciais, os bancos, a maioria das consultas na privada, investem na qualidade das instalações.

Chega a parecer um milagre a consulta ter um impacto positivo, se à má qualidade das instalações acrescentarmos o barulho à porta do gabinete, o telefone que toca, as constantes e intempestivas entradas no gabinete pelos mais diversos profissionais e utentes, enquanto o doente continua ali, sentado, a observar todo aquele caos, interrogando-se, se por magia, acabou de adquirir propriedades de invisibilidade.

Um estudo de grandes dimensões, realizado no Reino Unido, mostrou que a melhoria das condições ambientais se associa à percepção, pelo utente, de melhor comunicação médico-paciente, redução da ansiedade e aumento da satisfação do doente e dos profissionais¹⁰³.

Balint e Balint falavam do “*setting*” terapêutico não só referindo-se às condições materiais do encontro, como também à “soma das condições relativamente constantes” criadas pela maneira individual do médico praticar medicina. Condições que o doente pode utilizar e que deve aceitar: “*a atmosfera terapêutica é oferecida ao doente para que ele se sirva dela na tentativa de obter ajuda profissional qualificada*”¹⁰⁴.

O cuidado que a equipa cirúrgica tem com o bloco operatório, o *setting* terapêutico da cirurgia, é reconhecidamente um determinante para o êxito da cirurgia, deve ser transposto, de igual modo, e devidamente adaptado, para a sala de consulta, o “*setting*” terapêutico da Medicina Familiar, porque ele, não sendo a terapêutica, é, contudo, um importante determinante para o seu sucesso.

Em resumo, existe um certo número de condições físicas básicas fundamentais para o êxito da entrevista clínica. Estas condições são tão básicas que geralmente são consideradas como adquiridas. Funcionam como mensagens que predispoem os intervenientes para aceitar ou recusar o que lhes é proposto nesse contexto. São condições físicas básicas para a consulta:

- Privacidade;
- Ausência de motivos de distração ou interrupções;
- Conforto;
- Agradabilidade;
- Pormenores proxémicos como facilidade dos intervenientes se verem de olhos nos olhos, com distância e intensidade adequadas (nem tão intensa que intimide, nem tão ausente que desconfirme o doente)¹⁰⁵.

* O termo “*setting*” é muito utilizado no teatro no sentido de colocar em cena. Traduz o sentido do ambiente terapêutico e que Balint definia como a “atmosfera terapêutica oferecida ao doente”. Os franceses chamam-lhe “*climat therapeutique*”.

6.3. TIPOS DE ENTREVISTA CLINICA

Rever as diferentes possibilidades de classificar a entrevista clínica tem, sobretudo, o interesse de apresentar alguns conceitos que poderão ser pertinentes na sua análise.

a) Quanto aos objectivos (Borrell i Carrió, 2004)

- 1) **Operativa.** Neste tipo de consulta os objectivos foram previamente definidos pelo médico e pelo doente. Ambos sabem para o que vão. Exemplo: consulta para retirar pontos.
- 2) **Semiológica.** Marcada para esclarecer a presença de determinados sintomas para os quais o cliente pede orientação diagnóstica. Por exemplo: doente que pede esclarecimento sobre lesão cutânea.
- 3) **De escuta.** Visa ajudar o cliente a encontrar-se através de escuta activa à abertura de emoções, sentimentos e pensamentos íntimos na esperança de que através deste processo ele se compreenda e aceite. Por exemplo: consulta para que o cliente fale sobre as suas dificuldades e problemas de relação com o cônjuge.
- 4) **Informativa e prescritiva.** Com o fim de transmitir informação e aconselhar o cliente. Por exemplo: informar sobre o que é a diabetes mellitus e respectivo aconselhamento terapêutico.
- 5) **Motivacional ou de mudança de comportamentos.** Tem o fim de ajudar o cliente a mudar comportamentos a pedido de modo implícito ou explícito do cliente. Exemplo: consulta de cessação tabágica.
- 6) **Psicoeducativa ou de integração.** O médico tenta levar o doente a modificar o seu quadro de representações da sua doença. Por exemplo, doente que corre de médico em médico, na busca de solução para os seus sintomas que traduzem reacções somáticas às suas emoções mas que interpreta como sendo infartos eminentes, o médico através de análise partilhada dos aspectos biográficos do doente e da auto-consciência dos seus estados emocionais, associados aos sintomas, tenta modificar a interpretação do quadro de dor. Outro exemplo é a situação de uma entrevista em que se visa ajudar uma família a reconverter a sua forma de ver e abordar a patologia de um dos seus membros.

Em clínica geral, o mais frequente é cada consulta incorporar vários tipos de entrevista, particularmente nas consultas longas.

b) Quanto ao receptor

- 1) **Dual.** Médico e doente.
- 2) **Múltipla.** Na mesma consulta podem ser abordadas vários doentes.
- 3) **Grupal e/ou Familiar.** O objecto da abordagem na consulta não se resume a uma pessoa mas a um conjunto de pessoas (ex.: família).
- 4) **Para terceiros ou indirecta.** O interlocutor é um representante do doente (que está presente).

c) Quanto ao poder de definir a agenda

- 1) **Livre.** Liberdade do entrevistador para escolher os conteúdos.
- 2) **Dirigida/estruturada.** Conteúdos totalmente determinados pelo médico.
- 3) **Semi-dirigida ou semi-estruturada.** Conteúdos parcialmente determinados pelo médico, com espaço para livre narração do doente.

d) Quanto ao método¹⁰⁶

- 1) **Centrada na doença, ou no médico ou biomédica.** A sua orientação baseia-se no princípio de que toda a doença é explicável pelo desvio da norma de variáveis biológicas. Mesmo as alterações comportamentais são explicadas por perturbações de processos somáticos de natureza bioquímica ou neurofisiológica. Este método, no seu quadro de referência, não deixa espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da dolência. Caracteriza-se pela procura activa de informação, utilização predominante de perguntas fechadas e elevado controlo da consulta pelo profissional.
- 2) **Centrada no cliente, na pessoa ou no doente*.** Baseia-se na utilização do Método Clínico Centrado no Doente que assenta nos princípios de partilha de controlo na relação, equilíbrio entre objectivo e subjectivo considerando inseparáveis o corpo e a mente e reconhecendo que nenhum diagnóstico está completo se não for conhecido o quadro de representação da doença com que o doente explica o que lhe está a acontecer. Nesta entrevista há espaço para o psicológico, social, espiritual e todas as dimensões que explicam o sentir do doente. Em comparação com a entrevista centrada na doença, esta utiliza mais frequentemente técnicas de entrevista com perguntas abertas, escuta reflexiva, silêncios, facilitações e reflexões.

e) Quanto à partilha de poder¹⁰⁷ ou ao modelo de relação profissional.

O controlo da consulta pode ter vários graus de partilha e, dentro de um raciocínio categorial algo simplista, podemos reduzi-los a quatro mantendo, no entanto, a ideia de que varia ao longo da consulta e que esse controlo pode ser mais ou menos determinante para os resultados da entrevista. Para além disso, o grau de controlo deve ser dependente das necessidades e da personalidade do doente. Isto exige que o profissional seja capaz de se integrar em qualquer tipo de relação, tendo plasticidade que lhe permita adaptar-se às exigências de

* Preferimos muitas vezes utilizar a designação de cliente de acordo com o sentido que Carl Rogers lhe atribui: “*cliente é todo aquele que procura ajuda*”. Se há atributo que melhor se adapta a todo o sujeito que procura os serviços de saúde é o de que “procura ajuda”.

cada situação. A Figura 12 representa as quatro possibilidades de tipo de relação.

- 1) **Paternalista ou sacerdotal.** O controlo da entrevista é predominantemente do profissional. Ele define a agenda, os objectivos e os planos. O clínico é autoritário e onnipotente exercendo o controlo afectivo e moral. Trata o doente como irresponsável e este fica mais sujeito ao furor terapêutico incontrolável, para além de o predispor à dependência em relação aos serviços. Em termos de análise transaccional predomina o tipo de relação pai-filho (ou adulto-criança). É o modelo predominante em quem utiliza o método biomédico.
- 2) **Mutualista, contratual ou cooperativo.** O controlo da relação é partilhado pelo profissional e pelo cliente. O profissional, com um estilo negociador e assertivo, conta com a opinião do doente e os dois assumem responsabilidades. O técnico respeita a própria coerência interna, marcando os seus limites, e valoriza a expressão das emoções. Ambos intervêm como peritos: o médico com os seus conhecimentos técnicos e o doente como especialista do seu sofrimento. Ambos contribuem em pé de igualdade para uma sociedade de mútuo investimento e em que ambos tiram dividendos. É um comportamento mais frequente nos técnicos treinados no método clínico centrado no paciente.

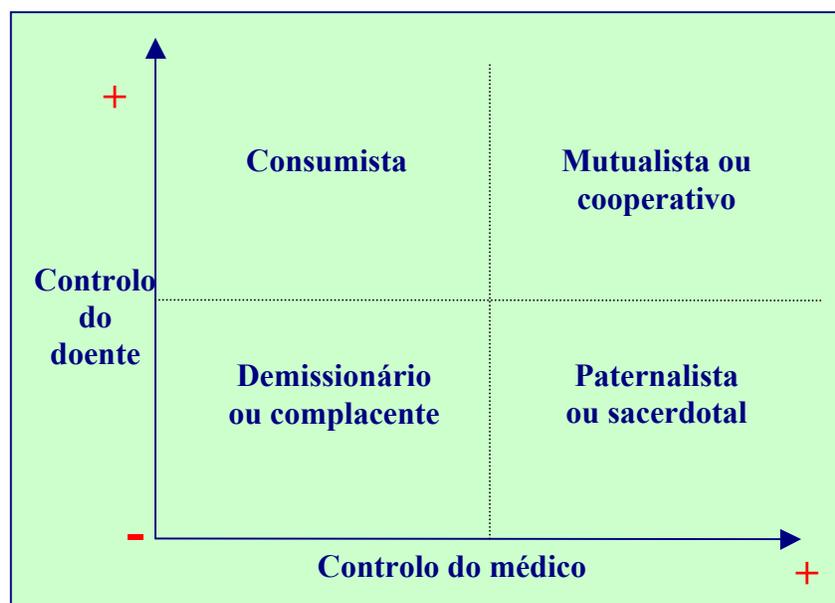


Fig. 12. *Tipos de relação quanto ao modelo de relação profissional.*

- 3) **Consumista.** O cliente predomina na consulta. Ele expõe o que deseja e exige ao profissional os respectivos procedimentos. O médico deixa-se controlar e o doente assume o papel de ditador (manda e “dita para o ditado”). Verifica-se em sistemas de saúde em que a concorrência entre

os profissionais é muito elevada e a sobrevivência económica fica dependente do cliente.

- 4) **Demissionário, complacente ou de camaradagem.** Ambos os intervenientes se demitem do controlo da consulta ficando cada um deles à espera da iniciativa do outro. Frequentemente perde-se a distância terapêutica e ninguém assume responsabilidades. Acontece quando o doente é um colega ou familiar de colega ou quando o profissional e doente já desistiram um do outro.

7

FASES DA ENTREVISTA CLÍNICA

*“Escuta o doente,
ele diz-te o diagnóstico”*

William Osler, 1898.

7. FASES DA ENTREVISTA CLÍNICA

Alguns autores descrevem a consulta como uma sucessão de fases em que se cumprem tarefas específicas, enquanto que para outros é apenas uma sequência de tarefas a executar sem delimitar tempos. Estas descrições são sempre artificiais e o facto de existirem tantas é porque cada uma delas não integra a complexidade que caracteriza a entrevista clínica. Por outro lado, cada consulta tem uma individualidade e especificidade que a tornam um acontecimento único pelo que, a haver alguma divisão descritiva, ela seria aplicável, apenas, à consulta que lhe serviu de modelo.

Representativo da opção de descrever a consulta segundo as diferentes tarefas a executar é a obra de Pendleton e colaboradores^{108 e 109} que descrevem a consulta de acordo com as cinco tarefas a atingir: 1) “*definir o motivo para o paciente vir à consulta*”, 2) “*considerar outros problemas*”, 3) “*escolher, com o paciente, uma actuação apropriada para cada problema*”, 4) “*atingir uma compreensão dos problemas partilhada com o utente*” e 5) “*envolver o utente no tratamento, aconselhá-lo e encorajá-lo a aceitar responsabilidade adequada*”.

Larsen e colaboradores¹¹⁰ descrevem a consulta como uma sucessão cronológica de estratégias que resumem a nove passos representados pela mnemónica PRACTICAL (Figura 12).

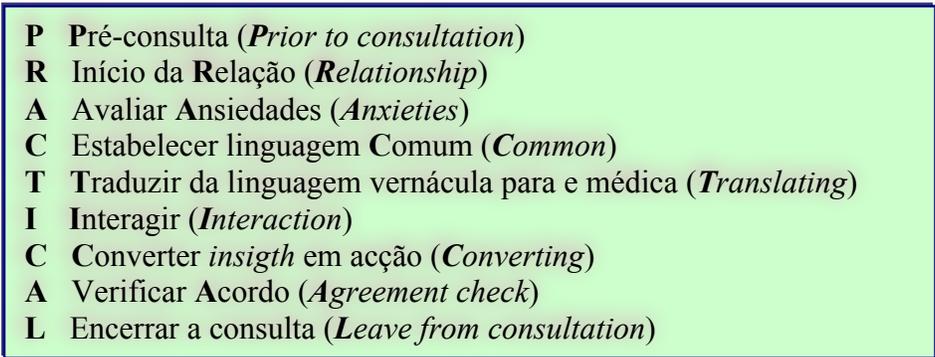
- 
- P** Pré-consulta (*Prior to consultation*)
 - R** Início da Relação (*Relationship*)
 - A** Avaliar Ansiedades (*Anxieties*)
 - C** Estabelecer linguagem Comum (*Common*)
 - T** Traduzir da linguagem vernácula para e médica (*Translating*)
 - I** Interagir (*Interaction*)
 - C** Converter *insigth* em acção (*Converting*)
 - A** Verificar Acordo (*Agreement check*)
 - L** Encerrar a consulta (*Leave from consultation*)

Fig. 13. Sequência cronológica de estratégias na consulta, segundo Larsen.

A descrição das fases da consulta funciona como um mapa que não nos obriga a seguir as estradas representadas mas que apenas nos diz qual é o melhor caminho, em condições normais e, sempre que saímos do percurso mais habitual, a todo o momento podemos saber onde retomar esse percurso e o quanto nos estamos a afastar do nosso objectivo.

Na nossa abordagem consideramos por um lado as diferentes fases da consulta com as correspondentes tarefas a alcançar em cada uma delas e, por outro, as diferentes técnicas de comunicação a utilizar.

Para efeitos práticos, e tendo em consideração o que atrás foi dito, podemos considerar a entrevista clínica como composta pelas seguintes fases: 1) preparatória, 2) abertura ou contacto, 3) exploratória ou de detecção, 4) resolutive ou de manejo e 5) encerramento ou fecho.

7.1. FASE PREPARATÓRIA

Nesta fase o clínico faz uma antecipação do que espera da consulta. Prevê as dificuldades e selecciona as estratégias e os meios para as ultrapassar. É uma fase largamente descrida na literatura e na prática. Em Medicina Familiar, onde cada consulta é, muito frequentemente, a continuação de encontros anteriores, a sua preparação é ainda mais vital.

A análise do processo clínico em associação com as memórias que temos de encontros anteriores com o doente ou com outros sujeitos relacionados, permite tornar virtualmente presente o doente, os seus problemas, os seus familiares, listar os actos pendentes e avaliar as características da relação. Com base nos registos o médico identifica o doente, com a sua profissão, família e estatuto social e verifica a forma como o costuma tratar. Este é um aspecto a não descurar num contexto em que pretendemos prestar cuidados personalizados, em que o doente se sinta reconhecido e confirmado. Para o efeito é importante perguntar, na primeira ou pelo menos nas primeiras consultas como o doente gosta que o tratemos e anotar esse desejo. Numa cultura como a nossa onde os nomes próprios e sobrenomes são múltiplos este procedimento é ainda mais pertinente. Alguns autores preconizam que se assinale com um círculo o nome ou o diminutivo preferido do doente (Figura 14).

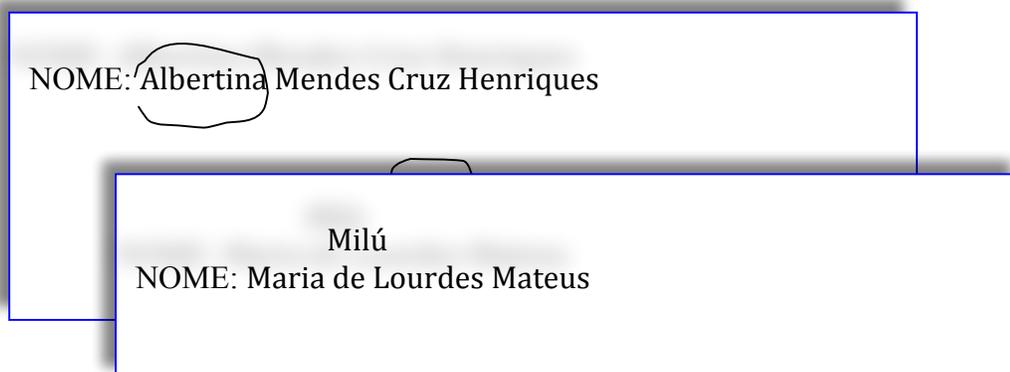


Fig. 14. Exemplos de como assinalar a forma de tratamento preferida.

Brian McKinstry¹¹¹ verificou que a maior parte dos doentes gosta de ser chamada pelo primeiro nome, no entanto, 16% mostraram-se desagradados por esta forma de tratamento informal. A frequência dos desagradados pela forma mais informal era maior nos idosos e na classe social I. Este autor chama a atenção que o facto de se usar o primeiro nome do doente, enquanto se usa o apelido do médico, pode ser uma expressão da assimetria da relação, vincadamente paternalista, diminuindo o sentido de autonomia do doente e debilitando-o na assumpção das suas escolhas, podendo reduzir a efectividade do terapeuta. Embora estas conclusões devam ser relativizadas ao respectivo contexto cultural, neste caso a Escócia, o estudo têm o mérito de chamar a atenção para aspectos que, sendo considerados menores para a prática médica, não deixam de ser importantes para quem quer mobilizar todos os recursos disponíveis que possam contribuir para o sucesso terapêutico. Estes aspectos comunicacionais, aparentemente sem importância para o acto médico em si,

mas que o podem afectar negativa ou positivamente, chamo “amenidades comunicacionais” e devem ser estudados nas populações em que se trabalha, dado que os resultados obtidos noutras sociedades só por coincidência podem ser extrapoláveis.

Nesta fase o médico faz uma rápida revisão dos problemas de saúde pendentes, visualiza a família, consciencializa o tipo de relação que têm, o tipo de emoções e sentimentos que lhe desperta e muitos outros atributos que definem aquele doente e aquele encontro como únicos e irrepetíveis.

Entretanto, lá fora, na sala de espera, temos o doente a tentar realizar tarefas equivalentes.

Faz uma retrospectiva das experiências anteriores de consultas com este e ou com outros médicos e, com base nelas, elabora uma previsão de como a consulta pode decorrer. Cria as suas expectativas quanto aos resultados. Planeia o discurso que vai apresentar ao médico e chega mesmo a ensaiá-lo. Ordena os seus motivos de consulta de acordo com os seus objectivos. Revê as conversas anteriores que teve com a família e os amigos sobre os problemas que o afligem. Coloca uma lista de hipóteses explicativas para as suas queixas com base nas suas representações dos mecanismos de doença, quase sempre, com muita insegurança, por vezes com vergonha de ser considerado ignorante ou não ser levado a sério pelo médico. Quantas vezes anseia estar enganado acerca dos processos atributivos para as suas queixas. Antecipa as questões que o médico lhe vai colocar e treina as respectivas respostas mas, as incertezas, a insegurança, a vulnerabilidade face ao momento de fragilidade criam-lhe enorme ansiedade que lhe embota o raciocínio e embarga a fluência do discurso.

As duas principais tarefas a realizar nesta fase são planear o encontro com o doente e avaliar as potencialidades e limitações do médico para esta consulta. Deste planeamento faz parte não só a antevisão dos problemas e a forma como os vai abordar mas também o modo como se vai inteirar da agenda do doente. Todas estas antecipações devem ser relativizadas e, com grande plasticidade mental, devemos estar abertos a qualquer indício que aponte noutra sentida, nunca partir de pressupostos e cumprir rigorosamente o princípio que apenas o doente (ou o seu representante) pode dizer quais são os motivos que o trouxeram à consulta e... mais ninguém!

De facto o que está em questão na consulta é o mundo do doente, não o do médico, construído na cultura médica e centrado na doença. O doente vem com o seu mundo para a consulta e é o médico que deve entrar no mundo representacional daquele. Ao doente não se pode exigir que entre e se adapte ao mundo do médico. É o doente que está no centro da consulta. Ele é o epicentro de tudo o que acontecer na consulta. Esta só existe por ele e para ele. Na sequência daquele planeamento, o médico prepara o cenário da consulta, arruma as cadeiras, prepara o catre, liberta a secretária de papéis estranhos ao processo do doente, enfim, “arruma a casa” de modo a ficar acolhedora para a visita que se espera. Pode mesmo, em certas ocasiões deve, desencadear mecanismos que visem evitar que a consulta seja interrompida como, por exemplo, avisar a telefonista ou a secretária clínica.

O médico, na avaliação das forças e fraquezas para a consulta que se segue, avalia o seu estado físico e mental. Tem necessidades físicas a satisfazer? Se tem, será preferível resolver o problema previamente sob pena de este contaminar negativamente as fases subsequentes da consulta. Quais são as emoções que o doente lhe desperta? Exigem um processo de consciencialização e a implementação de estratégias para que elas não interfiram com a disponibilidade e o raciocínio do médico?

O clínico deve-se purificar de pensamentos ou emoções transportados de consultas anteriores ou da sua vida pessoal. É um acto equivalente à lavagem e ao vestir de roupa esterilizada para entrar no bloco operatório. Implica e um elevado treino de introspecção e de auto-análise para avaliar o estado de espírito do clínico e preparar um estado máximo de entrega e disponibilidade para a experiência que se segue. Atente aos seus sentimentos, às suas emoções, escute-se a si mesmo, se não é capaz de se ouvir, como pode ouvir os outros? Por todos os estados de espírito intrusivos que o clínico sinta, ele deve concentrar-se no “aqui-e-agora”. O passado já foi, o futuro está para vir. A única realidade é o presente e é nele que se constrói o futuro. O médico prepara-se para “entrar num mundo novo” e isso é uma aventura demasiado rica e exigente para ser compatível com a dispersão dos sentidos. Como dizem os membros do conselho editorial do BMJ¹¹²: *“nunca esqueça que por pior que lhe estejam a correr as coisas elas serão sempre piores para a pessoa que está na extremidade fria do estetoscópio. O seu dia pode ser muito mau, mas não é você que tem um cancro do pâncreas”*.

Em situações que lhe pareça ser impossível ter a disponibilidade que acha necessária é possível assumir e partilhar com o doente como se está a sentir e propor novo encontro. É curioso como a maioria dos doentes aceitam esta franqueza e a confiança no seu médico sai reforçada porque acabam de patentear um indício forte de honestidade. Esta é uma das situações onde a auto-revelação por parte do médico faz todo o sentido.

Resumo da fase preparatória

Na fase de pré-consulta, o médico avalia os recursos e as condições que dispõe para a interacção que se sucede. Nesta avaliação recupera a memória que tem do cliente e os seus problemas pendentes e, com base nesses dados, planeia a consulta desenhando a “sua” (do médico) agenda. Faz uma tentativa de previsão dos problemas que o doente pode trazer mas mantém sempre uma atitude expectante e uma plasticidade que lhe permita facilmente incorporar os reais motivos do doente. O erro mais frequente desta fase é o clínico “ir por atalhos”, saltando esta fase e entrando directamente na fase de abertura sem qualquer preparação prévia para o encontro.

Para o bom desempenho nesta fase o clínico apela à sua auto-consciência e auto-conhecimento e procede à descontaminação emocional de modo a prevenir a interferência de estados emocionais intrusivos e alheios à presente relação. Além disso, faz parte das tarefas preparatórias implementar mecanismos de prevenção dos ruídos e das interferências que se possam opor a uma consulta eficiente, como por exemplo, resolver assuntos pendentes alheios à interacção

que se segue e susceptíveis de se transformarem em intrusos na consulta ou avisar outros elementos da equipa de que não podem interromper.

7.2. FASE DE INICIAÇÃO OU DE ABERTURA

Começa quando o médico e doente entram em contacto. Nela quer o médico quer o doente confirmam ou modificam a ideia que construíram previamente sobre o outro.

No âmbito da psicoterapia, Edmond Gilliéron¹¹³ considera a primeira entrevista como uma mudança de quadro no sentido em que o cliente *“deixa o quadro da vida corrente para entrar no campo terapêutico; perde o seu estatuto de homem normal para vestir o de doente”*. Creio que podemos considerar que no âmbito da consulta médica esta é a fase em que se dá a “mudança de quadro” – o doente sai do seu quadro de pessoa independente, indestrinçável da massa amorfa da população, para passar a ser “aquele doente”, único, e entrar dentro de um quadro de relação terapêutica e assumir a sua dependência do médico em cujas mãos se entrega. Por sua vez o médico também passa de um quadro em que é indestrinçável da massa amorfa dos profissionais de saúde para passar a ser “o (meu) médico”.

As principais tarefas a executar nesta fase são: 1) criar um clima terapêutico que permita a confiança e a compreensão; 2) clarificar os motivos da consulta; 3) estabelecer acordo com o cliente quanto aos motivos a abordar e aos objectivos a alcançar.

Entrada do doente

Logo que o doente entra o médico colhe uma primeira imagem do doente. Se nos olha directamente com um sorriso, provavelmente, exprimirá amizade, confiança, conforto. Se o doente evita um olhar directo, olhando quase sempre para o chão, não respondendo ao nosso sorriso ou a saudação, trata-se certamente de um doente que se sente desconfortável. Ao sentar-se rodeia a cadeira, provavelmente desejaria estar fora da consulta. O doente tem uma conduta evitatória ou de fuga motivada por várias razões, desde o não cumprimento da terapêutica ao receio que lhe seja diagnosticada uma doença “má”, ou tem para comunicar algo muito íntimo ou, ainda, porque lhe custa mostrar-se débil e doente. Por outro lado, o doente irritado ou simplesmente triste comporta-se de modo não sintónico, isto é, não responde ao nosso sorriso ou saudação.

Já o doente agressivo olha de modo directo, de sobrolho franzido. Os músculos da face e dos lábios podem estar contraídos. Este doente, provavelmente, vem para protestar ou reivindicar.

O efeito da aparência física

Muitas vezes antes do doente falar já o médico tem uma imagem do doente. Quando o doente começa a falar esta ideia solidifica-se (ou mesmo “fossiliza”). Esta realidade é importante que seja reconhecida pelo médico para evitar que estes “preconceitos” não o ceguem em futuras actuações.

Vários estudos mostram que respondemos mais favoravelmente aos doentes atraentes que aos feios, fenómeno que se verifica no dia a dia:

- Na escola o aluno atraente é mais provável contar com a ajuda e compreensão do professor;

- No tribunal o réu descuidado e repulsivo tem tendência a receber penas mais pesadas que outro mais atraente com crimes idênticos. Não é por acaso que os advogados aconselham os seus constituintes a usarem fato e gravata quando vão a tribunal.
- Nas repartições públicas, ir de gravata ou vestido de forma descuidado determina evidentes diferenças no atendimento.

O estudo meta-analítico de Hall *et al*¹¹⁴ indicia que as classes sociais altas recebem mais informação e mais atenção que as classes mais baixas.

Criar um clima terapêutico que permita a confiança e a compreensão

Os primeiros momentos da entrevista clínica são fundamentais para determinar o clima emocional e a concentração que se verificarão durante a restante consulta.

Este clima de concentração pode-se alcançar através de técnicas de escuta (olhar atento, acenos, baixa reactividade) e enunciações. Por enunciações entende-se o anúncio das perguntas que vão ser formuladas e dos assuntos a tratar.

A primeira tarefa do médico enquanto profissional é a de escutar e observar o que lhe é apresentado e tentar compreender o paciente. O médico deve criar um clima acolhedor, saber observar livremente e não ter comportamentos automáticos evitando a ditadura dos seus esquemas psicológicos. O principal objectivo da entrevista é ajudar o doente a compreender-se a fim de que seja capaz de realizar a mudança, mesmo que esta mudança seja a simples adesão a uma terapêutica de curta duração. Sempre que o médico escuta a história do doente, num *setting* adequado e com alguma capacidade terapêutica, a terapia começou, mesmo que a única intenção seja de chegar a um diagnóstico.

O doente enquanto está na sala de espera planeia como vai explicar ao médico os seus sintomas ou desejos. Porém, quando entra na consulta, o seu discurso sai modificado por uma resposta espontânea determinada pelas sensações que o médico lhe desperta.

A estas frases iniciais que não foram programadas e que não se relacionam com os motivos que trazem o doente à consulta, designamos de **intróito**.

Por vezes o intróito resume-se a um ritual social e cumpre uma função fática da comunicação. Esta é uma função que embora possa ter pouco de conteúdo é uma oportunidade de ambos expressarem a sua disponibilidade para a comunicação. O exemplo desta função é quando o doente e o médico dizem em simultâneo – “Olá, como está?” – sem que nenhum responda à pergunta. Com efeito, nenhum deles espera resposta apenas é uma forma de dizer que o canal (de comunicação) está aberto. Cada um diz:

– *Pronto, estou disponível e tomei conhecimento de que está disponível para transaccionarmos!*

Alguns comportamentos do doente, durante o intróito, podem gerar no médico imagens, emoções ou ideias prematuras negativas e irreais. Se o médico não tiver essa consciência poderá sintonizar com o comportamento ou emoção do doente e a relação evoluir rapidamente para a disfunção. Cuidado,

comportamento gera comportamento. Perante intróitos deste tipo, a atitude mais correcta será a de não reagir, “tomar nota” e abster-se de qualquer julgamento precipitado. Contudo, o médico também não o deve ignorar já que ele pode ter algum significado. O mais aconselhado é registar (na memória ou no papel) o sucedido e quando a relação já estiver mais sólida e se o médico ainda tiver dúvidas então tentar esclarecer o significado de tal comportamento, sempre num clima e atitude que respeitem a dignidade do cliente.

Do intróito deve fazer parte a auto-apresentação do médico se acaso é o primeiro encontro. É confrangedor o quão raro é ver um profissional de saúde iniciar uma relação com o doente apresentando-se. No entanto, é um procedimento base para a construção de uma relação funcional, para além de ser uma regra elementar de boa educação. Esta auto-apresentação deve ser tão exacta quanto possível, tendo o cuidado de tentar perceber o que o doente desejará saber de imediato acerca do médico e acabar perguntando se o doente deseja saber alguma coisa em particular a seu respeito.

Alguns autores¹⁵ preconizam que a estratégia mais adequada, para que o cliente sinta que o médico o vê como indivíduo ímpar, é uma breve conversa sobre assuntos não relacionados com a doença. Ora, o intróito é uma oportunidade de fazer sentir ao cliente que o reconhecemos como ser especial, confirmá-lo como pessoa única integrada na sua família e comunidade e com ideias, cultura e valores próprios.

É durante o intróito que se cumpre (pelo menos parcialmente) uma das principais tarefas da fase de abertura – *criar um clima terapêutico que permita a confiança e a compreensão*.

Finalmente, é a altura de nos centrarmos nos motivos da consulta, e darmos a palavra ao doente com uma pergunta aberta do tipo:

- *Em que lhe posso ser útil?*

Ou por uma simples facilitação não verbal como um aceno acompanhado de sorriso.

A partir deste momento, o intróito acabou e o doente começa a apresentar o discurso pré-elaborado acerca dos seus sintomas ou desejos. A esta frase inicial que abre a exposição das queixas do doente, designamos de **gâmbito**. Corresponde à curta parte do discurso que sai como foi pré-elaborada. O doente inicia as suas queixas com o dito discurso, quando o inicia está atento à linguagem não-verbal e verbal do médico e, aos primeiros sinais que percepção deste, passa a responder aos mesmos e o discurso sai modificado sendo o resultante entre o que foi programado e as interferências da presença do médico. A designação gâmbito é um termo, próprio da linguagem do xadrez, que significa um lance que consiste em sacrificar um peão para, em troca, causar a perda de uma peça importante do adversário. Roger Neighbour utilizou este termo porque ele dá a ideia do primeiro movimento do doente no sentido de expor o seu “jogo”, isto é, as suas queixas. No entanto, está-lhe associado uma ideia de luta entre interesses antagónicos o que, a acontecer, será numa minoria de casos de clientes manipuladores que recorrem aos serviços de saúde para fugir a responsabilidades. De qualquer modo é um termo que designa o ponto da

consulta que marca o início da exposição dos motivos que trouxeram o doente à consulta.

A entrevista semi-dirigida, própria dos cuidados primários, combina um momento de narração livre com o de obtenção de dados concretos. Ao momento de narração livre (numa entrevista semi-dirigida) que se sucede ao âmbito designamos de **ponto de fuga**. Este, também descrito por alguns autores como tempo de **monólogo do doente**, começa com o âmbito e termina quando o médico interrompe o discurso do doente.

Geralmente a nossa preparação técnica foi feita para a obtenção de dados concretos e descurada a formação para a gestão da narrativa livre. O médico deve dar oportunidade a que o doente exponha as suas queixas sem ser interrompido. No entanto, raramente lhe é dada essa oportunidade, porque mal o doente começa a sua história, logo é confrontado com um chorrilho de questões. No estudo de Bekman e Frankel¹¹⁶ realizado em cuidados primários, os médicos interrompiam os doentes, em média, ao fim de 18 segundos. A desculpa frequente para que os médicos assim procedam é que este monólogo consome tempo e atrasa as consultas.

Autores, de diferentes culturas, têm demonstrado que, quando o doente não é interrompido, o tempo médio de fuga não ultrapassa os 30 segundos (Quadro VII).

Quadro VI. Tempos médios de fuga.

Autores	País	Contexto	Tempo de fuga (média em seg.)
Blau JN (1989) ¹¹⁷	Reino Unido	Neurologia	100,0
Svab I, Katic M e Cuk C (1993) ¹¹⁸	Eslovénia	Clínica Geral	21,9
Svab I, Katic M e Cuk C (1993)	Croácia	Clínica Geral	32,0
Marvel MK (1999) ¹¹⁹	EUA	Clínica Geral	23,0
Langewitz W e outros (2002) ¹²⁰	Suíça	Medicina Interna	92,0
Rabinowitz I e outros (2004) ¹²¹	Israel	Clínica Geral	26,0
Rhoades DR e outros (2001) ¹²²	EUA	Internos de Medicina Familiar	12,0

Os valores apresentados no Quadro VII são tempos médios, contudo, em todos há uma concentração de valores para a esquerda da curva, com alguns (poucos)

valores muito afastados da média que fazem com que este indicador seja, por si só, muito pouco esclarecedor. Por exemplo, no estudo de Langewitz (2004), que envolveu a análise de 406 consultas, apenas 7 doentes ultrapassaram os 5 minutos enquanto que 78% do total não ultrapassou os 2 minutos. Este estudo foi realizado em duas fases, com os mesmos clínicos, e consistiu em medir o tempo de fuga: no primeiro dia não se deu qualquer instrução aos clínicos e no segundo dia foi pedido que não interrompessem os doentes durante o monólogo inicial. O valor mencionado no Quadro VII foi o encontrado no primeiro dia, enquanto que no segundo dia esse valor subiu para 28 segundos, sendo que no primeiro 68% dos doentes foram interrompidos pelo médico e no segundo dia apenas 35%. Mais curioso, ainda, é que o tempo de consulta diminuiu no segundo, de 8,9 para 7,8 minutos.

Esta distribuição de valores também explica, pelo menos em parte, o receio que os clínicos têm em deixar os clientes expor livremente as suas queixas. É que, obedecendo à tendência psicológica de “generalizar o que é mau”, as poucas experiências em que surgem doentes verborreicos levam a uma hiper-representação mental deste tipo de doentes, por parte do médico, e a ficar com a ideia de que todos os doentes falam muito pelo que tem de lhes conter o discurso.

O estabelecimento de um bom contacto depende da existência de condições (verbais ou não verbais) básicas que facilitem o “ponto de fuga”, isto é, a verbalização das queixas. A estas condições chamamos globalmente de “regras de boa escuta” e que, evidentemente, não são exclusivas desta fase.

São regras de boa escuta:

- **Contacto visual** que, sem incomodar, deve mostrar interesse pelo doente e pela sua mensagem;
- **Distância** entre os dois elementos respeitando a privacidade de cada um sem invadir o seu espaço vital;
- **Empatia** com frases do tipo “sinto o que me diz”, “estou vendo a sua posição” ou reproduzindo as emoções do cliente como se fôssemos o seu espelho;
- **Naturalidade e conforto**, adaptando-nos ao tipo de linguagem do doente.

O médico como antropólogo

O antropólogo, quando se integra na comunidade que vai estudar, toma todas as precauções possíveis para evitar modificar o seu objecto de estudo. O seu objectivo é o estudo da comunidade, por exemplo uma aldeia, para a observar tem que se integrar no seu seio. O seu desejo é que a sua observação seja o mais fiel possível à realidade, contudo, ele tem a consciência que, pelo simples facto de se introduzir na comunidade, já a transforma. Reconhecendo este risco, implementa todos os mecanismos ao seu alcance para minimizar o impacto da sua entrada na vida da comunidade, de modo a que mantenha o objecto da sua observação mais intacto possível. O seu objectivo é conhecer a comunidade tal como ela é e não como ela fica quando um elemento entra nela.

O médico, quando entra em relação com o doente e pretende conhecer a sua história, deve estar consciente que corre os mesmos riscos que o antropólogo e,

por consequência, implementar idênticas precauções. O médico deve conhecer a história do doente tal como este a vê. Não é o seu interesse ter a perspectiva do doente depois de contaminado com os preconceitos ou as ideias pré-concebidas do clínico. Reconhecendo este risco, o médico procura apoiar a narrativa do doente, procura interferir o menos possível e recorre apenas a técnicas que visam estimular o doente a explicitar a sua linha de pensamento. Assim, de um modo natural, se inteira das ideias, das perspectivas, dos medos, dos receios, isto é, do quadro de representações do doente, tal como ele o vê e não como ele acha que o médico quer ou como conseguiu dizer perante a manipulação do clínico, seguindo a linha de raciocínio deste e não a do verdadeiro personagem da história.

Denis Martin (1963), dizia: *“fomos treinados para escutar o que queremos ouvir e para manipular o doente de modo a dizer as coisas que acreditamos serem importantes”* e é imprescindível *“escutar com a mente aberta, tão liberta quanto possível de ideias preconcebidas sobre o que deve ou não deve ser importante. Outro aspecto importante da arte de escutar é a paciência de ouvir até o doente terminar a sua história e à sua maneira.”*

Dar esta oportunidade de o doente contar a sua própria história, tal como a vê e sente, pode ser, só por si, terapêutico. Muitas vezes é a primeira oportunidade que o doente tem de contar a história do seu sofrimento sem que ninguém o interrompa, com conselhos ou tranquilizações que, na maioria dos casos, tem o único objectivo de libertar o ouvinte da carga ansiogénica da narrativa. O facto de “ouvir” a sua própria história pode-lhe dar a possibilidade de se aperceber de novas perspectivas, de relações causais e de explicações para os seus sintomas.

Clarificar os motivos da consulta

A segunda tarefa desta fase inicial é *clarificar os motivos* que trouxeram o doente à consulta. Da revisão da literatura feita por Mauksch LB e colaboradores (2008) conclui-se que a definição da lista de problemas, no início da consulta, é um dos factores que mais contribui para a eficiência da mesma, conjuntamente com a criação da relação médico-doente.

Frequentemente se confunde a queixa do doente com o motivo da consulta. Aliás a própria ICPC*, que classifica os motivos da consulta, não faz qualquer diferenciação entre o que é queixa do doente, isto é sintomas, e motivos de consulta. É claro que muitas vezes o próprio doente não sabe bem qual é o motivo da consulta, isto é, não sabe o que espera obter com a consulta, mas ajudar nessa clarificação será um dos objectivos do próprio médico. Frequentemente, o médico pressupõe os motivos da consulta a partir de indícios interpretados com base no seu quadro de referência cultural que, muito frequentemente, está longe de ser coincidente com o do doente. Enquanto este motivo não estiver realmente definido dificilmente pode haver satisfação do doente e realização profissional do médico. A este propósito considero de muita utilidade a regra proposta por Hans van der Voort¹²³: ter sempre presente a

* ICPC, International Classification of Primary Care

pergunta “*se muitos doentes não me procuram quando têm os mesmos sintomas (que este apresenta) então, porquê este doente escolheu fazê-lo?*”. Outro aspecto, que revela a importância de separar os motivos das queixas, é: a queixa (ou sintoma) é primariamente uma preocupação do doente, o pedido (ou motivo) do doente é primariamente a preocupação do médico. Muitos autores designam de motivos não expressos, os motivos não referidos de imediato pelo doente. No entanto, entendo ser mais correcto deixar esta designação apenas para os motivos que não são, no início da consulta, conscientes para o doente e que podem eventualmente vir a ser expressos após a elaboração de conteúdos levada a cabo pelo doente ajudado pelo médico. Um outro subgrupo de motivos não expressos são os da agenda emergente que diz respeito a assuntos ou problemas que são identificados durante a consulta e que nem o doente nem o médico tinham consciência da sua existência antes da consulta.

Alguns estudos mostram que as consultas aditivas são das situações que mais irritam os médicos. Por consultas aditivas entende-se as que, uma vez resolvido o motivo inicial da consulta, o doente apresenta novo motivo obrigando, praticamente, a um reinício de nova investigação, isto é, adiciona-se novo motivo. Equivale ao que os anglo-saxónicos designam de “*by the way*” e, nós, com “o já agora”. Neste tipo de consultas, todas as previsões de tempo fracassam e, ao ter que reabrir outra vez a consulta, o médico perde muitas vezes a postura que acaba ainda por agravar mais a situação.

A probabilidade de ocorrência de consultas aditivas reduz-se recorrendo a uma pergunta simples, a usar no final do tempo de fuga, como a seguinte:

- *Existe mais alguma coisa que queira tratar nesta consulta?*

Ou

- *Alguma coisa mais?*

Ou

- *Tem mais algum problema que gostasse de tratar hoje?*

É aconselhável não avançar para as fases seguintes sem que o doente, explicitamente, declare que não tem mais problemas para abordar. Um grande número de médicos não se atreve a prevenir as consultas aditivas com receio de dar oportunidade a novos pedidos, convencidos que podem escapar se não colocarem tal questão. Contudo, a realidade é outra como o demonstra os estudos de Marvel e colaboradores¹²⁴, que apontam no sentido de que solicitar a explicitação da agenda do doente não prolonga, significativamente, a consulta e aumenta a eficiência da entrevista e a informação obtida.

O doente que vem com vários problemas tem a consulta perfeitamente planeada e começa pelo motivo que considera mais premente, aguardando pelo final para “juntar” os motivos que considera secundários. Pode acontecer que, nalgumas situações, o doente aproveite as facilidades dadas para juntar motivos não “programados”. Isto pode-se evitar dando pouco tempo ao doente para pensar se tem ou não outro motivo de consulta, dado que estão em questão motivos já muito ponderados e, portanto, se são realmente importantes para o doente, não precisa de tempo para se lembrar deles.

A causa mais frequente de consultas aditivas é o doente pensar que “mais vale um pássaro na mão que dez a voar”. Com base neste princípio, o doente

escalona os seus motivos em função da sua importância. Começa pelo que considera mais importante e, quando o vê resolvido, observa a comunicação não verbal do médico. Se vê que a expressão deste é adequada a novo pedido, avança e, assim, continua até observar que a expressão do médico já não é adequada à apresentação de novo problema.

Existe contudo, uma outra razão para consultas aditivas, a que podemos chamar de “pergunta ou consulta exploratória”. É o doente que apresenta um problema banal, toda a consulta corre em torno deste problema e, só no final, é que o doente coloca um problema íntimo, isto é, depois de se certificar que o médico é digno de confiança. Ou, se nos lembrarmos dos níveis de conversação, provavelmente só agora se alcançou o 3º nível que permite abordar temas íntimos. O médico deve sentir-se orgulhoso e honrado por este tipo de consulta aditiva ter surgido, porque ela representa o corolário do êxito comunicativo do profissional e da sua capacidade em estabelecer uma relação efectiva.

Listar os motivos de consulta é importante por duas razões: previne a perda de tempo (o doente que “esquece” qualquer problema inevitavelmente virá no dia seguinte) e preserva o bem-estar do médico (o médico deve evitar as situações desnecessárias que lhe causam irritação a fim de prevenir o desgaste pessoal).

Quando os motivos são em número que o médico considera difícil serem abordados na sua totalidade na presente consulta, há que negociar com o doente os motivos que este considera prioritários.

Intervenções do acompanhante

Um entrave frequente na delimitação dos motivos da consulta é a interferência de um acompanhante. Por este motivo vamos falar aqui sobre este problema. As técnicas a aplicar perante um acompanhante dependem do tipo deste.

O acompanhante pode ser classificado quanto ao seu comportamento:

- **Intrometido**, tem um comportamento de dar instruções ao médico (“*Não acha que seria melhor fazer um E.C.G.?*”), contestar pelo doente e dar-lhe instruções (“*Diz ao Sr. Doutor as dores que tens tido no estômago*”), induzir respostas ao doente (“*Agora não digas que não tens nada, porque ainda ontem te queixavas da cabeça*”), controlar a consulta (“*Vá, tira o casaco para o Sr. Doutor te auscultar*”).
- **Passivo**, frequentemente fica na sala de espera, mas se entra no gabinete assume uma postura totalmente passiva.

Acompanhante intrometido

Por detrás de um acompanhante intrometido está um dominador, mas também pode ser um indivíduo protector ansioso (ansioso pelo que o doente pode ter). Para este tipo de acompanhante podemos recorrer a várias técnicas que se complementam:

- Esvaziamento da interferência
- Técnica de ponte
- Pacto de intervenção
- Marcação de novo encontro.

a) Esvaziamento da interferência

Por vezes a intromissão do acompanhante deve-se essencialmente ao desejo de proteger o doente e a sua intervenção traduz uma forte ansiedade. Neste caso, é útil dar liberdade ao acompanhante para expressar o que pensa, colocando-lhe perguntas como:

- *Em sua opinião o que pensa que se passa com F...?*

- *Tem ideia de qualquer coisa em concreto que acharia conveniente fazer?*

Com esta técnica “esvaziamos” os conteúdos ansiogénicos do acompanhante e que são, em grande parte, responsáveis pelo seu comportamento.

No entanto, nos casos em que o comportamento do acompanhante tem outra base, por exemplo, uma relação dominadora, convém complementar com outras técnicas.

b) Pacto de intervenção

Segundo esta técnica propomos ao acompanhante um pacto:

- *Se estiver de acordo, diz-me tudo o que pensa sobre o problema de F..., e depois ouvirei, sem interrupção, o Sr. F.... Está de acordo?*

A colocação desta proposta deve ser expressa de modo calmo e tranquilo, evitando tons que eventualmente possam ser entendidos como agressivos ou expressar alianças com alguns dos interlocutores. Exige assertividade por parte do médico.

c) Técnica da ponte

Consiste em fazer a “ponte” entre o que o acompanhante acabou de dizer e o doente, pedindo ao doente que dê a sua opinião sobre o que o acompanhante disse:

- *Que pensa, Sr. Francisco, sobre o que a D^a. Silvina acaba de dizer sobre o seu problema?*

Esta é também uma boa técnica para avaliar ou actuar nas relações interpessoais na família.

d) Marcação de novo encontro

Às vezes, apesar de todas as técnicas torna-se impossível prosseguir a consulta com o acompanhante tornando-se, então, imperioso formalizar novo encontro:

- *Seria possível ficar a sós com a sua mulher?*

Ou

- *Nesta consulta tomei conhecimento sobre as opiniões do seu marido. Proponho-lhe que nos voltemos a encontrar no dia X para a ouvir a si. Está de acordo?*

Mais uma vez a apresentação de tal proposta exige assertividade por parte do médico que deve evitar fazer transparecer a sua frustração para que ninguém se sinta rejeitado.

Acompanhante passivo

O acompanhante passivo limita-se a observar como o médico actua ou simplesmente “evita” envolver-se no problema.

Em certas circunstâncias pode ser conveniente envolver estes acompanhantes. A “activação” destes indivíduos faz-se através do *envolvimento* que podemos definir como a técnica da ponte em sentido contrário, isto é, pedir ao acompanhante a opinião sobre as queixas do doente e sobre como vê o que se passa com o doente.

- *Senhor António, o que pensa sobre o que se está a passar com a D^a. Fernanda?*

Acompanhante doente

Por vezes, o acompanhante é o verdadeiro doente e o pretense doente é um sintoma do seu problema. É uma situação relativamente frequente em pediatria em que o acompanhante trás à consulta a criança como doente mas que o verdadeiro problema está nesse acompanhante.

Estas consultas são sempre difíceis por quanto o médico tem que se ocupar do doente “oficial”, simultaneamente abordar o doente “de facto” e tentar que este se reconheça como doente e que aceite a ideia de o seu “doente” estar de boa saúde.

De qualquer modo, o médico deverá observar cuidadosamente o “doente oficial”. Só quando demonstrar que a situação está sob controlo é que poderá dirigir a consulta no sentido de indicar a ansiedade da família como a causa dos sintomas ou, pelo menos, que havia uma perturbação do doente, ainda que de pouca importância, mas que foi agravada pelo componente de ansiedade ambiente.

Nunca tomar decisões ou interpretações precipitadas. Deixá-las para futuras consultas. Com o decorrer de sucessivas visitas poderemos a qualquer momento abordar com o acompanhante a causa da sua ansiedade e dos efeitos que esta possa ter na família.

Se a nossa ansiedade nos fizer correr, sujeitamo-nos a perder irremediavelmente o doente, prolongar a agressão sobre o suposto doente e conseqüente sofrimento.

Estabelecer acordo com o cliente quanto aos motivos a abordar e os objectivos a alcançar

O cliente pode trazer uma lista demasiado extensa para poder ser abordada na sua globalidade numa só consulta. Nesta situação, convém acordar quais são os problemas a abordar na presente consulta, se possível até enunciar a ordem por que serão tratados, e estabelecer os que ficarão para futuros encontros ou mesmo, os que nunca serão por nós abordados. Por vezes é mesmo conveniente estabelecer o tempo disponível para a consulta como é, por exemplo, consultas que visam sobretudo a psicoterapia.

Os erros mais frequentes desta fase são:

- Avançar na consulta sem clarificar os motivos;

- Avançar na consulta sem ter um plano do que se vai fazer na presente consulta;
- Levar a consulta para uma conversa social pela insegurança do clínico sobre o que fazer;
- Avançar para níveis de conversação mais profundos sem que se tenha criado uma relação que permita o cliente abordar problemas mais íntimos.

Técnicas facilitadoras da verbalização ou de apoio narrativo

Optamos por enunciar as diferentes técnicas de comunicação a utilizar na entrevista clínica em função das fases onde elas têm uma utilização major. No entanto, deve ficar claro que nenhuma delas tem uma aplicação exclusiva de fase, com efeito, qualquer uma é utilizável em todas as fases, embora algumas tenham um uso predominante em determinadas fases.

As técnicas facilitadoras da verbalização fazem parte das técnicas de apoio narrativo e visam facilitar o cliente a expressar os seus problemas, as preocupações, as ideias, as expectativas, enfim, a descrever os seus problemas nas mais diferentes dimensões, ou seja, contar a sua história.

Das diferentes técnicas que facilitam a verbalização da história do cliente destacamos: 1) baixa reactividade; 2) perguntas abertas; 3) silêncios funcionais; 4) facilitações ou expressões mínimas de incitamento ou *prompts* mínimas; 5) empatia; e 6) pedir exemplos.

a) Baixa reactividade

Já anteriormente se falou da reactividade do médico, entendida como o tempo que medeia entre o doente deixar de falar e o médico iniciar o seu discurso. Quanto mais baixa for a reactividade do médico, isto é, quanto maior for o espaço (temporal) deixado ao doente para este falar sobre as suas queixas mais facilitada fica a verbalização da sua história. Para o efeito é importante que o médico esteja atento à linguagem não verbal indiciadora do processo mental de “busca interna”. Se o médico intervém abruptamente sujeita-se a interromper a corrente de pensamento do doente, que se encontra a elaborar o seu discurso e, assim, o faz perder aquilo a que o povo chama de “fio à meada”. A reactividade do médico, em condições normais, é baixa no início da consulta e vai aumentando à medida que se aproxima o seu final. Esta técnica facilitadora da verbalização está intimamente ligada aos silêncios de que adiante falaremos.

b) Perguntas abertas

Ao longo da formação médica a colocação de perguntas foi incentivada. No entanto, não é por se colocar perguntas que se obtém mais informação. Como alguém diz, quem coloca perguntas só obtém respostas e Studs Terkel, citado por Ian McWhinney¹²⁵, refere: “*a técnica de pergunta-resposta pode ter algum valor para determinar as preferências relativas a um detergente, pasta dentífrica e desodorizantes mas não para descobrir o mundo interior dos homens e das mulheres*”.

O nosso hábito de colocar perguntas fechadas está muito interiorizado pelo que, o treino para corrigir tal condicionamento, exige grande esforço e consciencialização no acto de questionar. O nosso hábito de fazer perguntas fechadas é tão grande que muitas vezes colocamos as perguntas que induzem as respostas que esperamos ou desejamos ter para confirmar as nossas hipóteses. Por exemplo, coloco a pergunta pensando numa hipótese de diagnóstico que “quero” confirmar:

- *A dor vai para o braço? Não é?*

Ou ainda, coloco a pergunta de modo a obter a resposta que desejo:

- *Tem tomado a medicação? Não tem?*

O que está em questão na consulta é o mundo do doente. O médico pretende inteirar-se da forma como o doente vê esse mundo, então deve dar oportunidade a que o apresente tal como é e não como o antecipa à imagem do seu (mundo médico). Se pretende que essa representação do mundo seja transmitida do modo mais fiável possível, precisa de ter em conta que quanto menor é o esforço exigido ao doente para responder tanto menos fiável será a resposta. Por outro lado, as perguntas fechadas não permitem expressar variantes porque as respostas são de extremos: sim ou não, tudo ou nada. Finalmente, não esquecer que as perguntas fechadas induzem respostas e, inconscientemente, o entrevistador tem tendência a induzir respostas que auto-demonstram as suas hipóteses. Esta é uma atitude a evitar em ciência e também na colheita de história clínica. É fundamental que na fase de exploração sejam colocadas hipóteses de diagnóstico, mas a estratégia de investigação deve ser desenhada mais no sentido de as negar e, só depois, se implementa uma estratégia que visa confirmar a hipótese que resistiu à refutação.

O exemplo do caso 7, adaptado de LLOYD e BOR (1996)¹²⁶, demonstra bem os resultados da utilização de perguntas fechadas em comparação com perguntas abertas.

Estudos de Roter¹²⁷, com consultas áudio-gravadas, usando doentes simulados, demonstram que a utilização de perguntas abertas colhe maior quantidade de informação clinicamente relevante.

A propósito do tipo de perguntas, recordo-me de no meu Internato Geral, quando fazia o tirocínio de Cirurgia, tive um doente da minha equipa internado com pancreatite aguda. Quando o doente estava prestes a ter alta, durante o exame físico de rotina diário, detecto-lhe sinais compatíveis com falso quisto do pâncreas. A alta foi adiada e este doente tornou-se num caso interessante para ser usado nas aulas práticas de Cirurgia. Como tinha sido eu a fazer o diagnóstico, o meu chefe de equipa mandava-me sempre acompanhar o doente quando este era requisitado para uma aula. Numa dessas aulas, o Professor da cadeira interroga o doente na aula de modo a apresentar um quadro com todos os elementos descritos na literatura para uma pancreatite aguda e pseudoquisto. Colocava perguntas fechadas e, quando o doente demorava a responder, repetia a questão com o clássico final indutor de resposta de tal modo que o doente não tinha alternativa se não responder afirmativamente. O doente não era alcoólico, o episódio não estava associado a ingestão abundante de

gorduras e o falso quisto não tinha sido motivo de internamento mas sim a pancreatite, mas a história colhida durante a aula revelava precisamente o contrário. Ao regressar à enfermaria confrontei o doente com a diferença de informação que tinha fornecido.

- *Então Doutor? Ele fez-me tantas perguntas que me pôs todo baralhado e eu passei a responder como ele queria! Quem sou eu para o contrariar?!*

Caso 7. Exemplo de uso de perguntas fechadas abertas

O Senhor Carlos, contabilista de 47 anos, vem ao serviço de urgência referindo uma dor no peito.

É entrevistado pelo Dr. Santos.

Dr. Santos – Vejo aqui na sua ficha que o Senhor teve uma dor no peito. Ainda sente essa dor?

Senhor Carlos – Não, agora não!

Dr. S. - Era uma dor forte ou uma moinha?

Sr. C. – Parece-me ser mais do tipo moinha.

Dr. S. – E a dor vinha para o braço?

Sr. C. - Não. Não me pareceu.

Dr. S. – E não piorava quando fazia exercício?

Sr. C. – Não!

Mais tarde é re-observado pelo Dr. Valente.

Dr. Valente – Parece que teve uma dor. Quer contar-me como é que isso foi?

Sr. Carlos – Bem, a dor era no peito e apareceu quando estava sentado na minha secretária. Era uma dor estúpida, tipo moinha, mesmo aqui (aponta para a zona do esterno) no meio do peito. Já tenho tido isto várias vezes nos últimos tempos e sempre quando estou no trabalho.

Dr. V. - Diga-me, o que o levou a que tivesse de cá vir hoje?

Sr. C. – Bem, eu estava a pensar nisso mesmo. Eu tenho tido muito trabalho nos últimos tempos, e parece que ela vem quando estou muito pressionado para acabar as contas. Parece-me que ela também aparece quando estou preocupado com qualquer coisa.

As perguntas fechadas são questões em fundo de saco que não permitem a anamnese associativa ou a livre expressão dos sentimentos. No Quadro VIII resumem-se as vantagens e desvantagens das questões fechadas e abertas.

Quadro VII. Perguntas abertas vs fechadas.

	PERGUNTAS ABERTAS	PERGUNTAS FECHADAS
VANTAGENS	Mais informação relevante na unidade de tempo. Envolve o doente na entrevista. O doente pode exprimir preocupações e ansiedades acerca dos seus problemas. Tem, em si, potencial terapêutico.	Mais informação, não contextualizada, na unidade de tempo. Útil para obter informação específica. Útil em doentes tímidos ou desinteressados.
DESVANTAGENS	A entrevista pode ser mais longa e difícil de controlar. Alguma informação pode não ser relevante. Registo das respostas pode ser mais difícil.	A informação obtida limita-se às perguntas. A entrevista é controlada pelo entrevistador. O entrevistador decide as perguntas. O entrevistado tem pouca oportunidade de exprimir os seus sentimentos.

c) Silêncios funcionais

Através da análise de consultas gravadas, classificaram-se as consultas em funcionais e disfuncionais e compararam-se as seguintes variáveis:

- Tempo total que o doente falou (tempo do doente),
- Tempo total em que o médico falou (tempo do médico),
- Tempo em que, as duas partes, falam simultaneamente (tempo de confusão).

Deste estudo salienta-se a grande diferença de tempo ocupado com silêncios entre consultas funcionais e disfuncionais (Quadro IX).

Quadro VIII. Consultas disfuncionais vs funcionais.

TEMPOS DE	CONSULTAS (%)	
	Disfuncionais	Funcionais
Fala do médico	29	23
Fala do doente	38	51
Silêncios	7	16
Confusão	26	10

Entende-se como consulta disfuncional aquela em que ambas as partes falharam na compreensão das agendas de cada um e no alcance dos dois conjuntos de objectivos do doente e do médico.

Muitos médicos têm uma enorme dificuldade em tolerar os silêncios na consulta e tomam “o silêncio verbal pelo termo da comunicação¹²⁸”, no entanto eles têm em si um valor terapêutico, para além de serem imprescindíveis para que o cliente, de modo espontâneo, exponha as suas

ideias, medos e expectativas. Um estilo de comunicação com elevada reactividade é incompatível com a existência de silêncios funcionais na consulta: sem baixa reactividade não há silêncio funcional.

Bruneau, citado por Marc de Semdt¹²⁹, relaciona os silêncios com os processos mentais e identifica duas formas de silêncios: silêncio rápido e silêncio lento. Os **silêncios rápidos são involuntários**, de curta duração, geralmente inferiores a dois segundos, mas de elevada frequência. Estão relacionados com hesitações sintácticas e gramaticais. Os **silêncios lentos são voluntários** ligados aos processos semânticos de descodificação de mensagens, isto é, ligados aos processos de organização, categorização e localização no espaço mental recorrendo à experiência e à memória.

Estes silêncios lentos são o que chamamos de silêncios funcionais e a que Bruneau também chama de interactivos, isto é, os que traduzem uma procura interna por parte do cliente que precisa de tempo para elaborar as suas ideias e de preparar as respostas às nossas questões. Nesta situação, o cliente assume uma postura e expressão facial acompanhada de intensos movimentos oculares ou com olhar fixo que no seu conjunto constituem o quadro de procura interna, indiciador de processos mentais em actividade. Estes são silêncios que constituem “**o trampolim da palavra**”.

O texto seguinte de Mia Couto¹³⁰, exprime de modo sublime e inultrapassável a importância dos silêncios na relação médico-doente:

“ O médico escutou tudo isto, sem me interromper. E a mim, essa escuta que ele me ofereceu quase me curou. Então, eu disse: já estou tratado, só com o tempo que me cedeu, doutor. É isso que, em minha vida, me tem escasseado: me oferecerem escuta, orelhas postas em minhas confissões. Veja a minha mulher, passa a vida falando com Deus. E eu vou ficando calado. Mesmo aos domingos de manhã: fico calado. Assim, silencioso, vou rezando. Que a gente reza melhor é quando nem sabemos que estamos a rezar. O silêncio, doutor. O silêncio é a língua de Deus.”

Mia Couto exprime de uma forma poética, com um rigor literário e genial, uma das tarefas do médico na consulta quando tem o objectivo de ajudar o cliente a ajudar-se: *pôr as orelhas nas confissões dos doentes*.

Este pode ser o lema de qualquer relação de ajuda como frequentemente é a consulta de Clínica Geral.

d) **Facilitações**

Não basta dizer que se está disponível, ou pensar que se está disponível para que o cliente exponha os seus pensamentos de modo livre e total. É preciso que o médico demonstre por meios verbais e não verbais que está disponível e quer ouvir a sua história. Existe um conjunto de técnicas, que genericamente designamos de facilitações, têm por objectivo facilitar a expressão do doente de modo a que este se exponha o mais livremente possível. As facilitações também são designadas de expressões de incitação mínimas ou *prompts* mínimas.

São facilitações os acenos, tipo cão do tabliê traseiro dos automóveis cuja cabeça bamboleia com os movimentos do carro, ou outros gestos equivalentes que incitam o cliente a falar. São, igualmente, facilitações as

expressões verbais do tipo “*continue, continue*”, “*estou ouvindo*”, “*hum, hum*” e outras interjeições incitadoras.

Não devem ser confundidas com facilitações frases do tipo “ *siga, siga*”, ditas de modo apressado que são a estrutura superficial de uma estrutura profunda que diz: “ *siga, siga que tenho mais que fazer*”.

A atitude de escuta activa é facilitadora da verbalização. Demonstrar ao interlocutor, que está numa atitude deste tipo, implica emitir mensagens verbais e não verbais congruentes, ou seja, **escutar “com o corpo todo”**. Esta expressão comportamental de escutar com o corpo todo tem, na sua base, uma atitude “*meta*” (*meta*, no sentido de estar acima de...) entendida como o distanciamento emocional da narrativa que se escuta, suficiente para permitir analisar o discurso verbal, as mensagens não verbais emitidas pelo emissor e as emoções vividas pelo leitor. O comportamento *meta* tenta conjugar ou integrar o triplete:

1. O escutado, que é dito explicitamente pelo doente;
2. O visto, que é transmitido não verbalmente;
3. O sentido, que se é tentado a julgar e a pensar sobre o que escutamos, i.e., o efeito emocional que a narrativa do doente provoca no médico.

e) **Empatia**

Esta é uma das qualidades do bom entrevistador, já anteriormente descrita. Mencionamo-la aqui a fim de chamar a atenção para a sua importância como técnica facilitadora da expressão dos sentimentos mais profundos do doente. Com efeito, se o médico não identifica e não aproveita todas as “oportunidades empáticas” oferecidas pelo cliente, corre o risco de este se fechar no seu mundo uma vez que percebe no médico uma atitude de desinteresse em relação à forma como vê os seus problemas.

O cliente pode mesmo entender, consciente ou inconscientemente, que o médico só responde às queixas ou aos sofrimentos somáticos e, assim, se ele quiser continuar a ter a atenção ou o interesse do médico deve omitir os seus problemas psicossociais e centrar-se nos seus sintomas físicos.

É fácil entender a importância da empatia como técnica facilitadora da narrativa, se pensarmos o quão importante é sentirmos que a outra pessoa nos ouve e nos compreende, para poder falar das nossas cognições e dos nossos afectos.

f) **Pedir exemplos**

Quando o doente nos apresenta uma queixa descreve-a como se trouxesse um fruto que transporta entre mãos e o coloca em cima da mesa do consultório.

- *Aqui está Doutor, diga-me o que isto é!*

Este fruto apresentado deste modo, isolado do seu contexto, dá-nos muito pouca informação sobre a sua história. De que árvore veio? Foi apanhado da árvore ou do chão? Quais as características do solo? De que região é? Há quanto tempo foi colhido? Qual o grau de maturidade quando foi colhido? Como foi transportado? E muitas outras questões se poderão levantar.

Por exemplo, o doente que vem à consulta por cefaleias dizendo:

- Doutor, tenho tido muitas dores de cabeça ao ponto de, por vezes, não conseguir continuar a trabalhar.

Esta queixa assim apresentada é muito imprecisa e a tendência é para colocar perguntas que permitam caracterizar este sintoma. Porém colocar perguntas apenas gera respostas, que embora permitam obter uma ideia mais concreta do sintoma, continuarão a ser um conjunto de fotografias que não dão a visão do todo. A visão do todo só seria possível pela observação do próprio fenómeno, o que é impossível para o médico, nestas circunstâncias. Contudo, entre a informação mínima, dada pelo conjunto de fotografias, e a máxima, dada pela observação directa do fenómeno, existe uma possibilidade intermédia – **o filme**. Este filme dos sintomas pode ser obtido convidando o cliente a pensar numa das vezes que teve o sintoma e tentar descrevê-lo com todos os pormenores, como se o estivesse a relatar.

-Tente recordar uma vez que tenha tido essas dores de cabeça e diga-me como é que isso foi.

Esta é a técnica do exemplo. Ela permite colher uma ideia mais precisa acerca do sintoma, inserido num contexto psíquico e social. Para além disso é, por si só, terapêutico dado que muitas vezes permite ao próprio cliente tomar consciência dos factores associados ao surgimento do sintoma, como demonstra o Caso 8. A eficácia da técnica de pedir um exemplo raramente é tão eficaz como no caso 8, no entanto, ela fornece sempre muito mais informação que o conjunto de muitas perguntas dirigidas para as diferentes dimensões do sintoma incluindo o impacto que ele tem sobre a actividade do doente. Mesmo quando a versão contada pelo doente é cheia de lacunas informativas, é mais rentável dirigir as perguntas para o preenchimento dessas lacunas e, assim, construir o filme com a caracterização do sintoma integrado no seu contexto psicossocial.

Se entendermos que os dados só são informação quando integrados no seu contexto, então se colocarmos apenas questões teremos apenas dados, por vezes demasiado dados que só nos confundem, mas dificilmente obteremos informação.

Caso 8. A técnica do exemplo

-Tente recordar uma vez que tenha tido essas dores de cabeça e diga-me como é que isso foi.

- Sim. Olhe Doutor, ainda ontem eram para aí cinco da tarde. Estava numa reunião lá no trabalho, que não tinha previsto e que o meu chefe tinha convocado à última hora. Nos últimos tempos a minha relação com este chefe tem sido muito tensa e portanto eu não lhe quis dar o pretexto de dizer que eu me estava a baldar. Nessa altura veio-me esta dor de cabeça aqui atrás (agarra a nuca com as duas mãos), que eu nem conseguia mexer a cabeça. Felizmente que a reunião não demorou muito senão eu não conseguiria ir até ao fim. Depois saí do trabalho, sempre com esta malvada dor de cabeça. Tinha comprado dois bilhetes para ir com a minha mulher a um concerto e tinha-lhe prometido que antes íamos jantar a um restaurante de que gostamos muito e era uma maneira de celebrarmos os nossos 17 anos de casados. Pois, já não tivemos tempo de ir jantar como queríamos, eu tive que tomar duas aspirinas e só no início do concerto as dores se desvaneceram. Aquilo da reunião irritou-me! Acho que tolero muito mal os imprevistos. Gosto de ter o controlo dos acontecimentos e quando isso não acontece fico fora de mim. Se calhar foi este facto que me provocou as minhas dores de cabeça. Porque, por outro lado eu também estava apreensivo com o que a minha mulher me iria dizer se não pudesse cumprir com o que lhe havia prometido. A bem dizer, as dores só melhoraram depois de ela ter mostrado compreensão quando me disse: “deixa lá o jantar, outras oportunidades virão”. Pensando melhor, estas dores têm surgido em momentos em que estou tenso, o que tem acontecido muito nos últimos tempos. Estupor daquele meu chefe! É um incompetente saído agora da faculdade e que tem a mania que, lá porque tem um curso superior, sabe tudo e que nós, que trabalhamos em seguros há mais de vinte anos, não sabemos nada. Lá porque temos apenas o antigo Curso Comercial”.

Resumo da fase de iniciação ou de abertura

Nesta fase, que se inicia com o intróito e a que se sucede o ponto de fuga cujo início é marcado pelo gâmbito, deve ter-se criado um clima de confiança e compreensão, que permita ao médico exercer o seu potencial terapêutico. Ela só se pode dar por concluída depois de acordada a lista de problemas a abordar, isto é, depois de explicitar as agendas de ambos os intervenientes e formulada uma agenda comum com definição de objectivos para a consulta.

Para que estas tarefas sejam cumpridas recorre-se às técnicas de apoio narrativo e maximiza-se a utilidade da interferência do acompanhante activo ou envolve-se o passivo, quando este existe. Os erros mais frequentes desta fase são:

- Interrupção desajeitada da narrativa espontânea do doente não respeitando o tempo de fuga;
- Dificuldade em manter uma escuta activa;
- Não identificar a totalidade dos assuntos ou problemas que o doente deseja abordar;
- Não acordar a agenda comum para a consulta.

7.3. FASE EXPLORATÓRIA

Agora, doente e médico sabem o que está em questão e para o que estão. A direcção da entrevista está definida sucede-se então o tempo de explorar os problemas “agendados” quer em profundidade quer em extensão. Os principais objectivos desta fase são: 1) ajudar o cliente a explorar os seus problemas pessoais; 2) ajudar o cliente a manejar os seus sentimentos; e 3) desenvolver novas habilidades de *coping*.

Na fase exploratória usam-se predominantemente um conjunto de técnicas que ajudam o cliente a pensar sobre as suas queixas, sobre o seu mundo, a que designamos genericamente de “técnicas de elaboração de conteúdos” ou “técnicas aprofundadoras”.

O cliente quando conta a sua história vai construindo-a e, à medida que a conta e reconta, estimulado pela escuta activa do médico, vai desconstruindo e reconstruindo a sua história. Este processo contínuo e iterativo de construção-desconstrução-reconstrução permite-lhe consciencializar aspectos do seu mundo, que lhe escapavam, e conhecer novas perspectivas dos seus problemas e, eventualmente, outras soluções possíveis. Alguns estudos com vídeo-gravações apontam no sentido que, se o doente conseguir expressar verdadeiros sentimentos ou emoções no momento, a somatização destes sintomas é de imediato aliviada ou mesmo ultrapassada¹³¹. Este facto reforça a necessidade de o médico de família dever incluir, no método clínico centrado no cliente, a abordagem das emoções a fim de que os diagnósticos psicossociais e as somatizações não sejam diagnósticos de exclusão mas diagnósticos fundamentados com base no conhecimento da fisiologia das emoções.

Técnicas de elaboração de conteúdos

Estas técnicas orientam o cliente para um tema, ideia, emoção ou percepção que acabou de expressar. Também são conhecidas como técnicas aprofundadoras porque permitem precisamente o aprofundamento de tais ideias, emoções ou percepções com o objectivo de induzir no cliente uma reflexão, com ajuda externa, sobre o que está em causa. Inevitavelmente, o médico de família fará aconselhamento e psicoterapia pelo que, a ser assim, deve procurar fazê-lo o melhor possível procurando obter formação nesta área para o bom cumprimento da sua tarefa.

Segundo Cape e colaboradores¹³², em clínica geral, os três componentes básicos nos tratamentos psicológicos são:

- Estabelecer uma relação terapêutica positiva;
- Ajudar o doente a compreender o seu problema;
- Promover alteração dos comportamentos, pensamentos ou emoções.

As técnicas de elaboração de conteúdos são comuns ao aconselhamento e psicoterapia para usar em qualquer relação de ajuda como é a relação médico-doente, muito particularmente em Clínica Geral.

Das técnicas descritas salientam-se as 4 definidas por Borrell i Carrió³: 1) *repetição de frases*; 2) *clarificações*; 3) *assinalamentos*; 4) *Interpretações*. A estas, acrescento o *resumo*, técnica que deve ser usada ao longo de todas as

fases da consulta e que funciona como um sintonizador dos participantes na consulta.

a) Repetição de frases

A repetição de uma palavra ou conjuntos de palavras acabadas de emitir pelo cliente leva-o a concentrar a sua atenção no respectivo tema e conduz o discurso para o respectivo conteúdo. Por exemplo:

Doente – *Tenho tido umas dores de cabeça horríveis que me têm impossibilitado de trabalhar. Bem sei que tenho andado nervosa. Mas de qualquer modo estas dores estão a dar comigo em doida!*

Médico – *Tem andado nervosa?*

A repetição de frases é uma técnica fácil mas deve ser usada com alguma parcimónia, sob pena do médico ser visto como um papagaio, que tudo repete, gerando no doente irritação. Por outro lado, deve ter cuidado como faz a repetição, nos aspectos não verbais e paraverbais, que podem transmitir ideias de culpabilização e ou incredibilidade e levarem o doente a refugiar-se em si por entender tais indícios como antagonismo. Por exemplo:

Doente – *Ontem não fui trabalhar.*

Médico – *Não foi trabalhar!!??*

Com uma entoação clara de quem desaprova radicalmente o comportamento do doente.

b) Clarificação

Entende-se por clarificação qualquer conduta verbal ou não-verbal que induza o cliente a explicar um termo ou ideia que verbalizou. Por exemplo:

Doente – *O meu marido nunca me ajuda.*

Médico – *O que entende por nunca?*

Ou

Doente – *Desde ontem que tenho andado engripado.*

Médico – *Explique-me, por favor, o que entende por gripe?*

c) Assinalamentos

Os assinalamentos são técnicas de confrontação que põem em evidência ou mostram ao doente emoções ou comportamentos que este expressou, abrindo oportunidades ao aprofundamento das motivações, dos conflitos e das áreas de tensão psicossocial. São ótimas técnicas para ajudar o doente a clarificar as suas ideias ou emoções contribuindo para a elaboração de conteúdos mentais. Funcionam como autênticos marcadores de comportamentos não consciencializados fazendo-os subir ao nível consciente.

Exemplo:

Doente – *tenho andado com estas dores de cabeça desde que o meu pai faleceu... (breve pausa com humedecimento dos olhos) que não me deixam sequer trabalhar.*

Médico – *vejo que falar da morte do seu pai a emociona, quer falar-me sobre isso?*

Existe uma fronteira muito ténue entre assinalamentos e interpretação e, neste aspecto, há que estar muito atento.

d) Interpretação (ou conjectura)

Através da interpretação apresenta-se ao doente uma explicação causal para determinado comportamento ou sentimento. É uma técnica que em cuidados primários deve ser pouco utilizada. Quando utilizada deve-se relativizar o seu significado e dar oportunidade a que o doente emita a sua opinião sobre a ideia que lhe é apresentada. Por isso, Roger Neighbour chama a esta técnica de *conjectura* em que as tais ideias interpretativas do médico são colocadas com preâmbulos, desprovidos de quaisquer juízos de valor. Por exemplo:

- *Em meu entender o que se passa é... o que pensa desta minha ideia?*
- *Do que me acaba de dizer acha que devo entender que...?*

Salientando a inadequação do recurso de interpretações em clínica geral tenha-se em atenção o que diz Balint: “**convém deixar que o doente interprete a sua própria realidade**”.

e) Resumo

A comunicação eficaz só se pode verificar se existir uma sobreposição suficiente das perspectivas do mundo do emissor e do receptor e se a linguagem utilizada tiver o mesmo significado para ambos.

Na entrevista clínica, a linguagem oficial é a “médica”, por vezes também designada de “**medicalês**”, dado que é nesta linguagem que o médico compreende as relações causa efeito e toma decisões. Mas se o médico fala fluentemente esta linguagem, já o doente não vai além da iniciação. O doente fala sobretudo a linguagem “**vernácula**”.

Durante a fase exploratória a informação é predominantemente no sentido doente-médico e a linguagem é a vernácula, fazendo o médico a tradução para a “médica”.

Na fase resolutiva o processo já é predominantemente no sentido oposto, i.e., tradução da linguagem médica para a vernácula (retroversão). Estudos de Williams e Ogden¹³³ revelam que o vocabulário usado pelo médico afecta o grau de satisfação do doente com a consulta: o uso do mesmo vocabulário que o doente determina uma relação mais efectiva, comunicação mais confortável, redução de ansiedade e maior aderência quando comparado com consultas em que o médico usa predominantemente vocabulário médico.

O resumo periódico é a melhor forma de o médico saber se a sua tradução é rigorosa e demonstrar ao doente que interpretou adequadamente o que este lhe pretendeu transmitir. Por outro lado, é uma oportunidade para corrigir qualquer má interpretação.

Evidentemente, que o resumo é acordado com o doente, pelo que será progressivamente moldado até que ambos os intervenientes estejam de acordo.

O resumo é uma técnica muito útil em qualquer fase da consulta, não só para sintonizar com o doente mas também para alimentar a nossa concentração na entrevista clínica.

- E de *eye*, contacto visual adequado.
- R de *relax*, manter e incentivar um ambiente de descontração.

O conjunto sequencial constituído por pergunta aberta seguida de escuta activa que culmina com a utilização de resumo, constitui a trave mestra de toda a entrevista clínica particularmente se bem enquadradas com comportamentos facilitadores da narrativa (Figura 16).

A escuta activa exige a mínima intervenção do médico, que deve aplicar as técnicas de apoio narrativo, como facilitações verbais e não verbais, repetições, silêncios e outras que incentivem o doente a contar a sua história tal como a preparou. Neste processo, o grande risco é o médico, com a ânsia de resolver o problema e de chegar ao fim da consulta, poder interferir com a narrativa espontânea do doente, provocando-lhe desvios em relação ao que ele realmente pensa. Se o clínico não modular a sua reactividade sujeita-se a nunca saber a história tal como o doente a viu. Com efeito, na colheita da história clínica, o médico funciona como um antropólogo e, de certo modo, utiliza um método observacional próximo do antropológico, ao interferir na própria narrativa para a observar ele deve ter a consciência que só por esse facto já está a transformá-la. Neste sentido, ele deve tomar todas as precauções, tal como o antropólogo o faz, de minimizar os efeitos modificadores do objecto observado provocados pela própria observação.

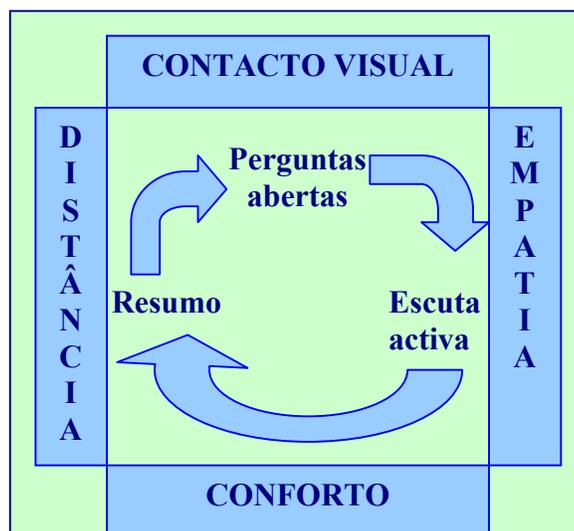


Fig. 16. *Ciclo da relação clínica.*

Estes ciclos de pergunta aberta, escuta activa e resumo (para efeitos práticos, vamos designá-los de ciclos de colheita de informação) repetem-se ao longo de toda a entrevista levando a uma evolução em espiral da relação clínica, em direcção aos objectivos estabelecidos para a consulta.

A propósito dos comportamentos do médico que estimulam a narrativa, cabe também salientar alguns que inibem o doente de falar. Destes comportamentos os mais evidentes são a desatenção, frieza no contacto e conduta controladora,

i.e., alta reactividade. Para além destes comportamentos existem outros dois que de subtis passam despercebidos: o antagonismo e a segurança prematura.

O **antagonismo** é a conduta verbal ou não verbal que opõe, critica ou culpabiliza o comportamento do doente. Quando a crítica se impõe, particularmente perante comportamentos potencialmente perigosos, ela deve ser frontal e aberta, respeitando a sensibilidade do doente. Uma crítica deste tipo deve obedecer a algumas regras:

- Crítica em clima adequado sem dar a entender que menosprezamos ou castigamos o doente;
- Crítica puramente operativa;
- Tom de voz e vocabulário devem ser os mesmos que são utilizados em qualquer outro momento da consulta;
- Se nos sentirmos irritados devemos expressá-lo ao doente (técnica de auto-revelação);
- Deixar sempre uma porta aberta que permita uma saída airosa e positiva para o doente.

Entende-se por **segurança prematura**, respostas supostamente tranquilizadoras, dadas no momento em que o doente nos informa sobre a sua inquietação ou preocupação e com a qual evitamos que o doente aprofunde a análise do problema.

Segundo Pacheco¹³⁴, *“toda a tranquilização precoce é experimentada pelo doente como um sintoma de pouco interesse no seu caso ou até como um ponto final na conversa”* e *“tranquilização dada precocemente impede a continuação da relação”*.

Geralmente estas respostas prematuras traduzem uma recusa educada que só tranquilizam quem as emite. A tranquilização dada precocemente impede a continuação da relação porque traduz um salto de fases no processo comunicacional médico-doente.

São regras para evitar segurança prematura:

- Averiguar as características do problema;
- Não aceitar sem crítica as ideias pessimistas;
- Dar mais empatia que “seguranças”;
- Procurar usar assinalamentos ou informação rigorosa.

Balint¹³⁵ aponta como primeiro princípio para o médico *“nunca dar conselho ou tranquilização ao doente antes de encontrar o que é o problema real”*

Avaliação em extensão

Os médicos têm uma tendência “focalizadora”, isto é, tendem a focalizar o interrogatório num aspecto apresentado pelo doente. Por outras palavras, é uma medicina orgânica em que o médico examina o doente, coloca o diagnóstico e prescreve o tratamento. A sua principal preocupação é compreender intelectualmente os sinais físicos. A colheita da história clínica tem como único objectivo o diagnóstico. Nesta forma de abordagem, a principal tarefa do médico é intelectual e não sente a necessidade de controlar o seu próprio envolvimento emocional. Este tipo de abordagem é o indicado em muitas situações médico-

cirúrgicas em que o doente está anestesiado. Nestas circunstâncias basta o tratamento fazer sentido para o médico.

Ora uma das características da Clínica Geral é precisamente a globalidade ou seja o conhecimento dos problemas mais em extensão que em profundidade. Quando se fala em avaliar em extensão pretende-se dizer avaliar nas dimensões física, psíquica e sócio-familiar de um problema, ou seja, à abordagem orgânica associa-se a abordagem psicológica. Em medicina psicológica, já não basta o tratamento fazer sentido para o médico, é também essencial que o faça para o doente.

Geralmente entende-se que o principal obstáculo à exploração de um problema em extensão é a falta de tempo. Mas, na realidade, o principal motivo é a dificuldade em “saltar” do biológico para o psicossocial e vice-versa. A abordagem psicossocial consiste precisamente em saltar de uma área para a outra integrando a informação. Tal como na medicina orgânica, na medicina psicológica todo o sintoma deve ser levado a sério. Na medicina psicológica, tal como na orgânica, o médico examina o sintoma mas conduz o exame de acordo *com* o doente e, sempre que possível, ele deve tender a fazer o exame dos sintomas *com* o doente e *pelo* doente. Neste sentido, a colheita da história psicológica é não só de diagnóstico mas também terapêutica.

Segundo Balint, a medicina vê a doença como um acidente. No entanto, a doença pode ser vista como a consequência da dificuldade de integração provocada por uma alteração da relação entre o indivíduo e o seu meio ambiente. Neste contexto, a abordagem racional consiste em ajudar o doente a realizar esta integração que ele não é capaz de fazer *a solo*. Quanto mais a doença se assemelha a um acidente, melhores são os resultados da medicina hospitalar e é aqui que se encontra um campo ideal para a aplicação do ensaio com dupla ocultação. Por outro lado, quanto mais a origem do problema se encontra na dificuldade de integração, menos os tratamentos, ditos científicos, serão eficazes e menos os ensaios de dupla ocultação terão utilidade.

Ao considerar a pessoa mais que a doença, as técnicas a que deve recorrer são em grande parte psicoterapêuticas e, estas, não se prestam à validação segundo o modelo de dupla ocultação. O principal critério desta medicina é considerar a pessoa no seu todo e o objectivo terapêutico será o de ajudar o doente a compreender-se a si próprio¹³⁶.

Um outro erro frequente e que também resulta desta dificuldade em abordar o problema em extensão é o recurso a pseudo-diagnósticos. A utilização de pseudo-diagnósticos visa contentar o doente e esconder a nossa ignorância. No entanto, eles criam iatrogenia, com a consequente patogenização e medicalização de quadros fisiológicos que, se no momento fossem abordados correctamente, poderiam ser resolvidos.

Para avaliar em extensão propõem-se as seguintes estratégias:

- a) Esvaziar a informação pré-elaborada;
- b) Relativizar as primeiras hipóteses que nos ocorrem sobre o que devemos fazer ou sobre o tipo de sofrimento do doente. Por outras palavras, o médico deve manter o “espírito aberto” de modo a poder “dar crédito” a novas hipóteses;

- c) Avaliar o doente do ponto de vista social, psicológico e/ou físico aplicando a “técnica do salto”.
- d) No aspecto psicossocial convém explorar o auto-conhecimento do problema, o ambiente do doente, os acontecimentos vitais, afectividade e pensamentos.

Caso 9. Avaliação das ideias e medos.

Mulher de 73 anos, viúva.
 Queixa-se de dores do membro inferior direito que melhoram quando aplica AINE tópico mas depois a dor volta a aparecer.
 Médico – *Quanto tempo depois?*
 Doente – *Para aí 15 dias.*
 M – *O que pensa que essa dor é?*
 D- *Tenho medo que seja uma tromboflebite que foi assim que o meu marido esteve, a perna ficou muito inchada e veio a morrer!*
 À observação apenas se encontrou ligeira dor à palpação na região popliteia. A doente foi tranquilizada e nunca mais referiu estas dores.

Para melhor consolidar esta noção de avaliação psicossocial falemos da mnemónica IPESE:

IDEIAS: que ideias tem o doente acerca dos seus problemas?

PREOCUPAÇÕES: que aspectos do problema mais preocupam o doente?

EXPECTATIVAS: como espera o doente que o seu problema seja resolvido?

SENTIMENTOS: quais as reacções emocionais do doente à sua situação?

EFEITOS: quais as consequências do problema que o doente antevê e/ou recebe?

Quadro IX. Exemplos de algumas perguntas para abordar a área psicossocial.

IDEIAS ou auto-conhecimento do problema	<i>A que atribui o problema? Relaciona-o com alguma coisa?</i>
PREOCUPAÇÕES	<i>O que é que mais o preocupa neste momento? Modificou-se alguma coisa na sua vida profissional? E familiar?</i>
EXPECTATIVAS	<i>Já pensou em alguma coisa em concreto do que podia ser feito para solucionar o seu problema?</i>
SENTIMENTOS	<i>Considera-se alegre ou triste? Neste momento acha que é um período relativamente difícil para si? Quer falar-me dessas dificuldades? Como vê o seu marido/mulher o este problema?</i>
EFEITOS	<i>Que complicações futuras acha que o seu problema lhe poderá trazer? Há algum tipo de ideia ou pensamento que se repete frequentemente?</i>

Actualização de problemas prévios

A revisão dos problemas prévios é uma tarefa que deve fazer parte da fase exploratória e, idealmente, convém ser feita antes de se proceder à exploração física dado que pode haver necessidade de a complementar com dados do exame clínico. Se não tivermos esta preocupação corre-se o risco de ter que proceder a nova exploração física com a conseqüente perda de tempo.

Exploração física

A observação física é um procedimento próprio da fase exploratória. Aqui não se pretende falar sobre a avaliação física em si mas apenas sobre os aspectos comunicacionais a respeitar durante a sua realização. Durante o exame físico o clima deve continuar a ser de empatia e de respeito pela sensibilidade e pudor do doente.

A atitude deve ser positiva e evitar usar “negativos” como por exemplo, evitar dizer “não vai doer” e substituir por “vai ser como uma massagem” ou “vai-me dizer o que sente”. O cérebro não reconhece os negativos e, portanto, ao dizer que “não vai doer” o que o doente percebe é o “vai doer”, dado que o conceito de não-dor não existe. A atitude de positivar exige treino constante e persistente porque o hábito já está tão automatizado (por isso é hábito) que só pode ser mudado através de investimento de esforço de aprendizagem.

Em todos os procedimentos deve ser explicado previamente o que se vai fazer e o por que se faz a exploração. Finalmente, sempre que possível, descrever o que se está a observar para que o doente nunca perca a sensação de controlo da situação. Este aspecto é muito mais importante quando se faz a exploração ginecológica ou rectal.

Exemplos:

- *A auscultação pulmonar está limpa, não ouço sopros cardíacos,...*
- *Vou palpar o seu útero. O útero está de tamanho normal, tem um colo bem formado, consistência normal e também não lhe dói à palpação. Não é assim?...*

Terminada a exploração física impõe-se um resumo dos achados significativos para esclarecimento dos problemas previamente delimitados.

Principais erros da fase exploratória

Um tipo de erro frequente é a fixação psicológica às primeiras hipóteses de diagnóstico. Com efeito desde o início da consulta, às vezes mesmo antes, o médico coloca as primeiras hipóteses de diagnóstico ainda na posse de poucos e pequenos indícios. Este é um procedimento perfeitamente aceitável, próprio do método de diagnóstico hipotético-dedutivo, o mais adequado aos cuidados primários. O problema está na fixação nessas primeiras hipóteses de diagnóstico e na implementação de planos de investigação direccionados para confirmar essa hipótese em vez de ser um plano que vise negá-la. O diagnóstico final deveria ser o que resistiu a todas as tentativas de o negar. Isto quando a investigação não se fica pelo primeiro sintoma ou sinal que se enquadre dentro do hipotético quadro clínico – é o diagnóstico segundo a “lei do um mais um”.

Segundo esta, ao médico basta encontrar um dado que o orienta para um dado diagnóstico para logo o declarar como confirmado. Por exemplo, perante a hipótese de otite média, basta encontrar um sinal de Vachez positivo para o considerar como certo.

Outros erros, que ocorrem durante esta fase, estão relacionados com a ansiedade em chegar ao fim da consulta e com vícios comunicacionais do médico. Até ao final da fase exploratória o médico acumula muita tensão psicológica: *quando é que chego ao fim da consulta? Quais são os problemas deste doente? O que é que lhe vou dizer? Será que ele vai aceitar o que lhe proponho? Estarei à altura das suas expectativas? Será que vai sair tranquilo e satisfeito com a consulta?*

Todas estas questões geram um elevado estado de tensão crítica que pode ser mais ou menos tolerável, dependendo da experiência, do treino e do grau de segurança do médico. Questões colocadas pelo doente, do tipo “o que é que eu tenho, Doutor?” ou “o Doutor não consegue saber o que tenho, pois não?” contribuem fortemente para aumentar a tensão crítica que “empurram” o médico a precipitar-se para dar uma resposta rápida mas pouco consistente e insegura. Cada médico tem o seu “limiar de tensão crítica”, isto é, um nível máximo de tensão crítica que, uma vez alcançado, o leva a dar uma resposta, ou seja, a passar à fase de resolução. Este é um conceito interessante e útil descrito por Borrell i Carrió¹³⁷. Segundo este autor quando o médico atinge este limiar de tensão crítica termina a fase exploratória e inicia a fase de resolução e quanto mais preparado está o médico mais é capaz de tolerar a tensão psicológica, maior é o seu limiar de tensão crítica e mais dificilmente entrará em “atalhos” (também é designação de Borrell i Carrió) que o podem fazer passar precipitadamente à fase seguinte da consulta e, mais tarde ou mais cedo, ver-se-á obrigado a regressar à fase anterior, às vezes com novas consultas. A Figura 17 (adaptada de Borrelli i Carrió) tenta representar este fenómeno de modo esquemático.

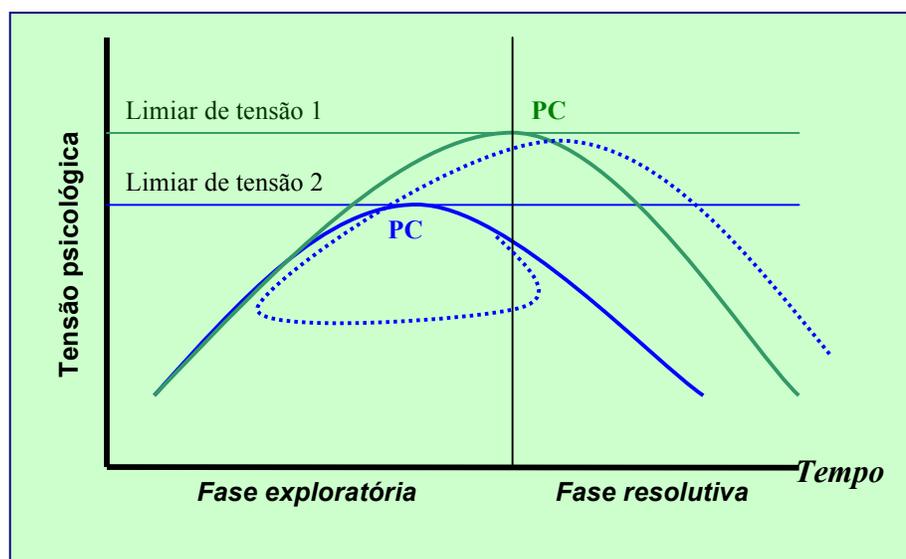


Fig. 17. Limiares de tensão crítica e pontos críticos (PC).

Nesta figura, a linha descontínua representa o retornar à fase anterior numa situação em que o limiar de tensão crítica, por ser baixo, leva o médico a dar precocemente respostas ao doente, isto é, dar aconselhamento e ou planos de abordagem antes dos problemas estarem totalmente caracterizadas e do doente sentir que o clínico está na plena posse de informação suficiente e seguro do que propõe.

Assim, podemos antecipar vários erros que frequentemente se cometem nesta fase:

- Fixação prematura a hipóteses de diagnóstico;
- Tranquilizações ou aconselhamentos precoces;
- Incapacidade de manter o foco da entrevista nos temas pertinentes para a resolução dos problemas em agenda, seja porque provoca ou permite mudanças abruptas dos tópicos em discussão, seja por incapacidade de incentivar o doente para continuar o aprofundamento da sua história;
- O médico responde de modo igual e automático a todos os doentes sem adaptar as suas respostas à personalidade e necessidades destes.

Resumo da fase exploratória

Durante a fase exploratória ou de detecção tenta-se essencialmente detectar qual ou quais são os problemas do doente, nas suas vertentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Entende-se por problema *“tudo o que requeira ou possa requerer uma actuação por parte do agente de saúde”* (Juan Jervas, 1986).

Nesta fase definem-se e consensualizam-se os problemas a abordar na consulta, negocea-se com o cliente uma ordem de prioridades de abordagem dos problemas (quando são mais do que um). Avaliaram-se os recursos do doente e desenvolveram-se técnicas de *coping*. Os problemas em seguimento, vindos de consultas anteriores, foram actualizados e a exploração física foi realizada. Deu-se oportunidade ao doente para expressar emoções e sentimentos, expectativas, ideias e medos.

No final desta fase, o médico considera que já conhece o mundo do doente ou decidiu continuar esta tarefa em consulta posterior. A fase termina com um resumo da situação que inclui uma lista dos problemas, agora mais precisos em todas as dimensões, e para os quais o médico já tem planos de abordagem para propôr e negociar com o doente.

A fase seguinte, resolutiva ou de manejo, visa precisamente apresentar os planos terapêuticos possíveis e negociá-los com o doente.

Contudo, relembra-se que as fronteiras entre as fases são constructos teóricos para analisar a consulta e para utilizar como modelo operativo capaz de aumentar a sua eficiência mas, na prática, a sua delimitação é difícil e quase sempre a consulta caracteriza-se por avanços e retornos repetidos que são tanto

mais frequentes quanto menor for cuidado e o treino nas técnicas de entrevista clínica. Nas consultas de maior pendor psicoterapêutico, a fase exploratória é predominante, enquanto que nas motivacionais (com forte componente informativo e educacional) predomina a fase resolutiva.

Finalmente, os erros mais frequentes da fase exploratória são:

- Fixação prematura a hipóteses de diagnóstico;
- Tranquilização ou aconselhamento precoces;
- Dificuldade em manter a consulta centrada nos seus objectivos;
- Aplicação de comportamentos automatizados;
- Uso insuficiente de perguntas abertas evoluindo muito rapidamente para perguntas fechadas ou ausência de uma proporção equilibrada entre perguntas abertas e fechadas;
- Colheita inadequada de história clínica;
- Desconhecimento das perspectivas do doente.

7.4. FASE RESOLUTIVA OU DE MANEJO

A entrevista clínica chegou a um ponto em que temos uma ideia clara dos sintomas e preocupações que o doente traz para a consulta. No início desta fase devemos estar em condições de definir:

- O(s) problema(s) nas suas dimensões biológica, psicológica e social (o *macrodiagnóstico* de Borrell i Carrió);
- Lista de problemas;
- Os recursos com que o cliente conta para ultrapassar o(s) seu(s) problema(s) e que podem condicionar a elaboração de um plano. Note-se que entendemos por recursos motivações, apoios, possibilidades, etc. É não só o conhecimento da história do doente mas também da forma como este pode modificar (reconstruir) a sua própria história.

Em cuidados primários, com frequência, o médico tem que tomar decisões sem ter um diagnóstico preciso, no entanto, este só é útil desde que a ele esteja associado um tratamento específico (plano de manejo ou de tratamento). O plano deve ser concreto e específico. De qualquer modo, ainda que não tenhamos um diagnóstico temos que elaborar um plano e a passagem à fase resolutiva é marcada pela existência desse plano pronto para ser apresentado e negociado com o cliente.

No entanto, por mais brilhante, completo e eficaz que seja o nosso plano ele não serve para nada se o doente o não aplicar. Para que o doente implemente um plano é imprescindível que o compreenda, participe na sua elaboração e o aceite e, para isso, é fundamental que o médico saiba e se proponha “vender” o plano que tem em mente. A este propósito parece conveniente falar sobre intervenções motivacionais.

Intervenções motivacionais

Entendemos por intervenções motivacionais a utilização de técnicas e princípios da entrevista motivacional descritas por Rollnick¹³⁸.

Os princípios da entrevista motivacional baseiam-se na abordagem centrada no cliente, e aplicam-se a todo o processo em que seja imprescindível a motivação do cliente para aderir quer a uma mudança de comportamento quer a um plano terapêutico. Lembra-se que, de acordo com o Método Clínico Centrado no Paciente, toda a abordagem motivacional tem como primeira condição, logo como primeira tarefa do clínico, estabelecer uma relação que deve ser mantida e fortalecida ao longo de toda a consulta¹³⁹. Não pretendemos aqui descrever exaustivamente o método mas apenas chamar a atenção para alguns aspectos que devemos ter em atenção quando pretendemos aumentar a aderência seja à terapêutica seja à mudança de comportamentos.

Em primeiro lugar, para que o cliente adira a um plano terapêutico para um dado problema de saúde, por exemplo a hipertensão arterial, é imprescindível que ele reconheça a importância deste problema, isto é, que ele “sinta” que os valores elevados de tensão arterial são um problema com importância para o próprio. O clínico pode quantificar este grau de importância atribuído ao problema, questionando o doente:

- *De 0 a 10 qual é a importância que atribui em ter a sua tensão arterial controlada, sendo 0 nada importante e 10 muito importante?*

Esta questão quantifica a importância e é uma abertura para levar o doente a mencionar razões para a controlar. Por exemplo, à resposta:

- *Talvez 5!*

Podemos colocar a pergunta evocadora:

- *Tanto! Então porque não dá 2 ou 3?*

A que o doente se vê forçado e justificar o seu “5” avocando argumentos a favor da importância do problema. Ou seja, é uma forma de colocar o doente a falar sobre a importância de controlar a tensão em vez de ser o médico a fazê-lo, obedecendo ao princípio de que aquilo que for o próprio a descobrir tem muito mais valor do que aquilo que é dito por outrem.

Por outro lado, é ainda importante que se sinta com confiança de que é capaz de normalizar esses valores, isto é, que acredita em si, nas suas capacidades, nos seus recursos, para alcançar os objectivos. Por outras palavras, tem que ter sentido de auto-eficácia. Para avaliar o grau de auto-eficácia pode-se recorrer à mesma técnica utilizada para avaliar a importância:

- *De 0 a 10, diga-me qual é confiança que sente de que é capaz de fazer o que acabei de lhe propor (pode-se mesmo fazer um resumo do plano proposto).*

O doente pode atribuir, por exemplo, o valor de 6, e, à semelhança do que se fez para a importância pode-se então colocar a questão:

- *Por que diz 6 e não 3?*

Agora o doente enunciará as forças que possui e os factores que favorecem a implementação do plano. Depois de fazer uma lista dos factores que lhe dão confiança na implementação do tratamento, podemos colocar outra questão do tipo:

- Atribui "6" á sua capacidade para levar a cabo o tratamento, então o que será necessário acontecer para dizer 8 ou 9?

Esta questão tem por objectivo levar o doente a pensar sobre os obstáculos que antecipa na implementação do plano, e abre um tempo para discutir as dificuldades e as estratégias de *coping* para ultrapassar os obstáculos identificados.

O grau de preparação para cumprir o plano ou mudar de comportamento é a resultante entre estas duas forças (importância e auto-eficácia). Pode-se dizer que para aderir a um plano o doente tem que QUERER e PODER.

Nestas condições, de pouco serve elaborar um plano terapêutico excepcional do ponto de vista técnico se o doente não se sentir capaz de o aplicar e, muito menos, se não sentir como importante a razão para o implementar.

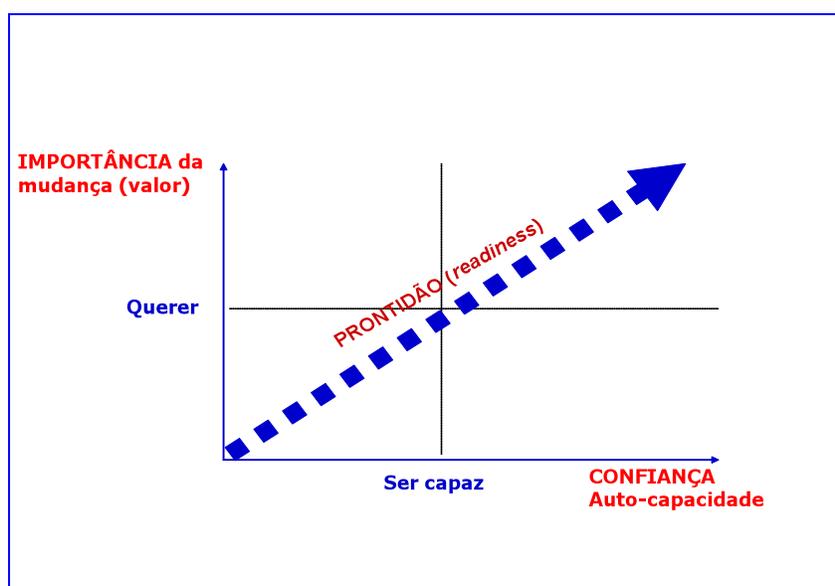


Fig. 18. Dimensões para avaliar nas intervenções motivacionais.

Perante um determinado problema para o qual esteja estabelecido um dado plano de tratamento, podem ser vários os pontos de vista do doente. Não sente que a resolução do problema seja para si importante e, entre o nada importante e o muito importante, ainda existe um vasto campo de variabilidade. Independentemente da importância, está a auto-percepção do grau de confiança em que é capaz de implementar o plano terapêutico (seja a tomada de medicação, seja a mudança de comportamento) e, também aqui, a variabilidade é grande entre o totalmente incapaz e o nada capaz. Por vezes, o doente pode negar a importância do seu problema, porque se sente totalmente incapaz para o resolver o que é relativamente frequente, por exemplo no alcoolismo. O exemplo metafórico desta situação é o da fábula da raposa e das uvas em que a raposa desvaloriza a importância das uvas porque reconhece a sua incapacidade de lhes chegar.

Outras vezes, o doente sente-se capaz para a mudança mas não sente a importância do problema, logo não está pronto para a mudança. Esta situação é frequente com os fumadores que negam e utilizam todos os argumentos para

demonstrarem em como o problema não existe (exemplo: *o meu avô tem 80 anos, está de boa saúde e sempre fumou*) para além de afirmarem que se quisessem facilmente deixariam de fumar.

Sem aprofundar as teorias da mudança de comportamentos ou as intervenções motivacionais, é importante reter os seguintes princípios na abordagem dos problemas crónicos:

- Não prescrever planos terapêuticos sem avaliar o grau de importância que o doente atribui ao seu problema;
- Avaliar o grau de confiança do doente na aplicação do plano;
- Adaptar a informação ao grau de conhecimento do doente;
- Perante doentes que não reconhecem a importância do problema, o mais indicado é fornecer informação, explicitando que a decisão de tratar ou de mudar de comportamento será sempre uma prerrogativa do doente;
- Perante doentes que reconhecem a importância do problema mas se sentem incapazes de aplicar o plano, a estratégia de abordagem visa trabalhar as dificuldades do plano, adaptá-lo aos condicionamentos do doente e desenvolver no doente as habilidades de *coping*.

Chegou então, o momento de abordarmos um conjunto de técnicas que à primeira vista podem parecer manipuladoras ou, mesmo, subtilmente coercivas. No entanto, partimos do princípio que elas são usadas no genuíno interesse do doente, o nosso plano é adaptado às preferências do doente e é-lhe dada a oportunidade de ser o último a tomar a decisão.

As tarefas a cumprir nesta fase da consulta são informar o doente sobre a natureza do problema, apresentar o plano de acção, ou os planos quando houver mais do que um possível, comprovar que o doente os compreendeu, dar oportunidade a que o doente participe na escolha e verificar que aceitou o plano eleito.

Por razões didácticas podemos classificar as técnicas a usar em três grupos de acordo com a sua função:

- 1) **De informação**, conjunto de técnicas que ajudam o médico a apresentar o plano de forma atractiva para que doente o entenda e o julgue de útil execução.
- 2) **De influência**, conjunto de técnicas que visam melhorar a receptividade do cliente para o plano de tratamento.
- 3) **De negociação**, conjunto de técnicas que visam a escolha apropriada, alcançar um entendimento partilhado e envolver o doente no plano.

Técnicas de informação

As técnicas de informação ou de transferência de informação visam dar ao doente um plano inteligível, aceitável, personalizado, desejado, apresentado com sensibilidade e compreensão.

a) **Transparência**

Evitar pontos escuros e ocultos. No caso de se ter que ocultar informação devem existir razões fundamentadas. É embrulhar a nossa informação em “papel de celofane”.

b) **Colocação em cena** (embalar a informação)

Os factos não devem ser ditos sem mais nem menos. Há que prepará-los de modo a que tenham o máximo de impacto e efeito na audiência. Para isso, aconselha-se um conjunto de condições que têm a mesma função que os bonitos embrulhos que não só valorizam o produto mas também quem o vende (Fig. 19). Para uma eficaz transferência de informação devem estar asseguradas as seguintes condições:

Oportunidade: a informação deve ser dada no momento oportuno. Quando o doente está preparado para a receber e não quando o médico se lembra. O 6º componente do Método Clínico Centrado no Paciente fala do aspecto da temporização (*timing*): não basta saber o que fazer ou dizer mas também é imprescindível saber quando é adequado fazê-lo ou dizê-lo. Pode-se criar a oportunidade propondo ao doente:

- *Podemos agora falar do seu tratamento?*

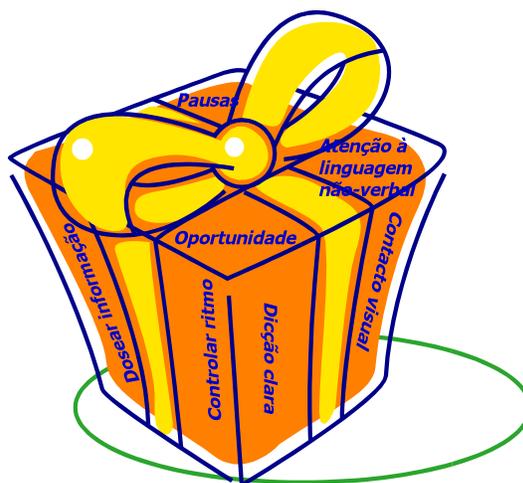


Fig. 19. Colocar em cena ou embalar a informação.

Dosear a informação: dar a informação em doses assimiláveis pelo doente. O tamanho da dose de informação depende da familiaridade que o doente tem com o tema em questão.

Pausas: todos precisamos de tempo para processar nova informação, assegurarmo-nos de que entendemos e pensarmos em algumas das suas implicações.

Ritmo e dicção clara: é importante a velocidade com que se dizem as coisas. É fundamental adequar a velocidade com que damos informação à velocidade com que o doente fala.

Contacto visual: quando se inicia o processo de transmissão de informação é importante o contacto visual de modo a que ambos percebam que os canais de comunicação estão abertos. Por outro lado, manter o contacto visual ajuda a manter a atenção embora, evidentemente, não se deva exagerar.

Atenção à linguagem não verbal: sempre que o doente não concorda, i.e., não mostra o “quadro de aceitação interna” é porque tem resistências ou dúvidas. É, então, importante tentar anulá-las.

Apresentação da informação

Sob este título descreve-se um conjunto de técnicas destinadas a apresentar o conteúdo da informação.

a) Regra de 3

Consiste em dizer o que vai ser exposto, de seguida faz-se a descrição e, finalmente, a síntese do que foi dito.

É a actualização da técnica já defendida nos clássicos gregos para argumentar. Com efeito, no século IV, A.C., em Siracusa, na Sicília, Corax (e depois o seu discípulo Tísias), inventou a ordem ou as fases do discurso retórico com o objectivo de controlar a situação oratória. Segundo ele o discurso argumentativo compunha-se de 4 fases:

- O exórdio, fase em que o orador tenta captar a atenção do auditório;
- A apresentação dos factos ou narração, onde se expõe a tese;
- A discussão, onde se fornecem os argumentos a favor da tese e
- A peroração, período final que, com uma fórmula sintética, resume a ideia exposta.

Esta técnica é usada nos telejornais em que o locutor começa por apresentar as notícias de que vai falar, transmite a notícia e no final resume o que foi dito.

Exemplo:

- *Agora vamos falar do tratamento...* (exórdio)
- *O tratamento consiste em...* (narração)
- *Então vai tomar estes comprimidos e repousar.* (peroração)

b) Enunciar

Apresentar o guião da conversa que se vai seguir é um factor determinante para captar a atenção do interlocutor. Quando estamos numa reunião em que não sabemos a ordem de trabalhos, para além da dificuldade de gerir tudo o que possa ser apresentado existem duas dificuldades acrescentadas: por um lado, a incerteza do que está para acontecer e a frustração de não ter a possibilidade de escolher se quer ouvir ou não; por outro, é difícil saber onde intervir quando temos alguma coisa para dizer dado que não sabemos se o tempo presente é o mais adequado ou se é previsível vir a acontecer outro momento em que a intervenção parecerá ser mais pertinente. Enunciar o que

se vai falar permite reduzir muita desta ansiedade e, assim, ficar mais disponível para receber a informação.

Exemplo da enunciação:

- Agora vou-lhe falar do que sinto ser o seu problema, depois falaremos do tratamento e, finalmente, farei o relatório para a ambulância.

Ou

- O senhor Manuel tem dois problemas: hipertensão arterial e artrose dos joelhos. Vou-lhe falar sobre as suas artroses e depois sobre a hipertensão.

O impacto das enunciações pode ser ampliado se as associarmos a resumos. Assim cada assunto a abordar é apresentado por enunciação a que se segue a exposição dos factos, recorrendo às diversas técnicas mencionadas e, no final, os factos são reagrupados num resumo que finaliza o assunto a que se sucede uma nova enunciação que apresenta o assunto seguinte.

O resumo funciona como um ramo de flores colhidas num campo, com muita outra vegetação entre a qual escolhemos algumas flores que achamos mais representativas e adequadas ao arranjo que no final apresentamos ao doente, verificando se interpretámos, à medida desejada, o sentir do doente.

c) Frases curtas

A utilização de frases curtas (menos de 20 palavras) é muito mais eficaz na transmissão de informação que as frases longas. Períodos longos, em que o orador parece abrir parêntesis e mais parêntesis, fazem o receptor perder a noção do que realmente interessa e muitas vezes até qual o tema que está em questão.

d) Evitar tecnicismos

O médico deve tentar usar um vocabulário tão próximo quanto possível do meio cultural do doente. É difícil alterar-lhe o hábito de falar em “medicalês” que lhe foi inculcado durante anos de Universidade. Por mais atento que esteja, é natural e compreensível que, pelo menos de vez em quando, lhe saia no seu discurso tecnicismos que devem ser explicados ou traduzidos para a linguagem vernácula.

e) Concatenação de ideias

Segundo esta técnica a última frase ou ideia do raciocínio anterior é o início da seguinte.

Exemplo:

Os seus joelhos têm um problema.

O problema é que não ouve o que eles lhe dizem.

Estão tentando dizer-lhe que lhes está a pedir demasiado.

Demasiado porque têm que suportar mais peso do que aquele para que foram programados.

A única forma de lhes reduzir esta sobrecarga é reduzindo o peso.

Para isto temos que cumprir a dieta adequada.

Sabemos que isto é difícil, mas as dificuldades estão aí precisamente para serem superadas....

f) Ordenar

Numa lista de instruções, a que mais facilmente se recorda é a primeira e a última. Sendo assim, é importante que as informações mais importantes sejam ditas em primeiro ou último lugar.

g) Escrever

Escrever o mais importante da informação, de modo resumido, e entregar ao doente. Com este procedimento aumentamos as probabilidades de aumentar a retenção da informação por parte do cliente, tanto mais, que ele esquece mais de 60% do que é dito na consulta.

h) Ser concreto e preciso

As instruções muito vagas são difíceis de cumprir e susceptíveis de gerar confusão pelo que toda e qualquer informação deve ser tão clara e precisa quanto possível.

Exemplo:

- *Se não se sentir melhor, volte à consulta.*

É muito menos eficaz e preciso que:

- *Se dentro de uma semana não se sentir melhor volte à consulta.*

i) Ilustrar ou exemplificar

Reforçar a informação com esquemas, analogias ou metáforas. A exemplificação através de metáforas permite dar existência real a fenómenos extremamente abstractos e difíceis de entender por quem não está habituado a conceitos e representações que estão para além dos seus horizontes culturais.

Exemplos:

- *A tensão arterial é como a pressão exercida pela água no interior dos canos.*

- *A sua gordura é como a sua conta depósito: se não puser lá dinheiro ela não “engorda”.*

- *O açúcar no sangue de um diabético é como um depósito pequeno que não pode estar vazio nem cheio a deitar por fora, por isso deve comer pouco de cada vez e muitas vezes ao longo do dia.*

j) Racionalidade

Explicar o fundamento de uma terapêutica ou exame complementar de diagnóstico. Isto dá uma maior sensação de controlo da situação e, com ela, um maior sentido de auto-eficácia e aumenta a convicção no tratamento, isto é, reforça o efeito placebo da medicação.

Exemplo:

- *Estes comprimidos vão desinflamar as suas articulações.*

- *Este medicamento, ao fazer baixar a tensão arterial, vai permitir ao seu coração, com menos trabalho, bombear a mesma quantidade de sangue e assim não se cansar tanto.*
- *Isto é um ansiolítico e vai ajudá-lo a dormir porque corta a sua ansiedade e, assim, fica mais disponível para dormir.*

k) Respeitar a auto-estima do doente

Procurar adaptar a explicação à auto-imagem, sempre desvalorizada, do doente porque se vê obrigado a pedir ajuda para resolver um problema que o ultrapassa. É quase impossível, alguém aceitar qualquer plano ou mudança de comportamentos se isso agredir a sua auto-estima. Quase tudo o que fazemos, fazemo-lo para sermos bem vistos pelos outros porque a valorização do outro é dos mais potentes determinantes de auto-estima.

Toda a intervenção médica, ou de qualquer profissional de saúde, deve obedecer ao princípio de nunca contribuir para a desvalorização da auto-estima do doente, sob pena de ser completamente inútil ou mesmo noxiosa, contribuindo para padrões de conflituosidade entre o doente e os serviços de saúde que podem induzir comportamentos de negligência da sua saúde.

l) Resumir ou comprovar a assimilação

A melhor forma de sabermos que o doente compreendeu o que lhe dissemos é este fazer um resumo.

m) Como comunicar o risco.

Um problema que está longe de ser resolvido é como transmitir o conceito de risco de modo a que o doente o percepcione na sua verdadeira dimensão, isto é, sem o desvalorizar ou hiper-valorizar. O estudo meta-analítico de Judith Covey¹⁴⁰ é um importante contributo para o conhecimento nesta matéria. Este estudo chama a atenção para o perigo de oferecer como única informação a redução do risco relativo* e propõe que a apresentação dos benefícios de um tratamento deve começar, por apresentar o risco á partida (sem tratamento) e, depois, a modificação de risco absoluto atribuído ao tratamento[†] ou a informação do número necessário tratar (NNT)[‡] para que um sujeito beneficie do tratamento. Como seria de esperar, a apresentação dos benefícios da intervenção em termos de redução de risco relativo induz uma percepção mais favorável quando se compara com a apresentação dos benefícios em termos de redução do risco absoluto ou mesmo de número necessário tratar. Claro que se tratar de falar dos riscos de efeitos secundários associados à intervenção já a percepção será em sentido oposto, ou seja, a referência ao

* Redução de risco relativo. Exemplo, “*este tratamento reduz o risco de enfarto do miocárdio em 43%, ao fim de 5 anos*”.

† Redução do risco absoluto. Exemplo, “*este tratamento reduz, 1,4%, o risco de ter, nos próximos 5 anos, um enfarto do miocárdio, isto é, de 3,9% sem tratamento para 2,5% com tratamento*”.

‡ Número necessário tratar (NNT). Exemplo, “*é preciso tratar 77 pessoas, durante 5 anos, para evitar um enfarto*”.

risco relativo de ocorrer o efeito indesejado desfavorece mais o tratamento em comparação com a apresentação em termos de redução de risco absoluto ou de NNT. Conclui-se que, a forma como apresentamos os riscos de sucesso ou de efeitos adversos de uma intervenção manipula a percepção por parte do doente, pelo que, como princípio ético incontornável, a informação relacionada com os riscos e benefícios de qualquer intervenção deve incluir: i) os riscos que corre sem tratamento; ii) o que ganha, expresso em termos de redução de risco absoluto, de risco relativo e do número doentes necessário tratar para que se verifique o efeito num sujeito; iii) verificar se estes conceitos são claros para o doente.

Técnicas de influência

Sob esta designação descrevemos um conjunto de técnicas que visam aumentar a receptividade do doente ao plano de tratamento.

a) Aconselhar

Uma boa forma de persuadir os doentes pode ser dizer-lhes directa e claramente o que pretendemos que façam. Este aconselhar é, realmente, no sentido clássico de “dar conselhos”.

Não podemos esquecer que o médico é investido de uma autoridade, carisma e respeito que credenciam as suas opiniões (função apostólica de Balint). Contudo, há que ter atenção à receptividade do doente ao conselho a fim de mudar de estratégia se aparentar índices de resistência e não persistir em fazer mais do mesmo.

b) Falar na positiva

O significado de uma comunicação é o efeito que ela produz. O que dizemos não tem valor só por si. O valor está no entendimento que o outro lhe dá, ou como ele ouve o que lhe é dito.

O hemisfério direito não compreende a negativa. Ele responde às negativas como se elas não existissem. Por exemplo, quando alguém diz a outro que “*não vai doer*” este só ouve “*vai doer*” e não consegue tirar do pensamento a ideia da dor porque não consegue reconhecer o conceito de *não-dor*. Pedir a alguém para não pensar num acidente de automóvel é colocá-lo na situação de incapacidade de pensar noutra coisa que não seja num acidente de automóvel.

Para o hemisfério direito os negativos são interpretados como positivos:

- Não faças significa faz.
- Não podes significa podes.
- Não deves significa deves.
- Não deverá significa provavelmente será.

Por vezes, podem utilizar-se formulações negativas para levar o doente a optar por uma sugestão oferecida na negativa:

Médico – *Muitas pessoas não percebem porque não receitamos um antibiótico numa gripe*

Doente – *Então explique-me.*

Ainda nesta linha de pensamento, ao dar aconselhamento dietético é mais eficaz mencionar o que o doente pode comer que os alimentos que deve evitar. O mesmo se aplica a muitas outras situações onde é mais eficaz mencionar o que pode fazer que o que não deve fazer.

c) Perguntas que afirmam

Esta técnica afirma algo, sem posicionar-se definitivamente, além de não determinar a resposta do doente, i.e., permite uma enorme flexibilidade.

Exemplo para o caso de uma senhora que se pretende que abandone os tranquilizantes:

Afirmação do médico – *Deixe de tomar os tranquilizantes.*

Resposta (sem saída) – *Não consigo viver sem eles!*

Ou, o modo mais correcto:

Médico – *Já alguma vez pensou deixar de tomar tranquilizantes?*

Doente – *“Não”. (ou “Sim”)*

Outras saídas possíveis:

- *Muito bem. Terei muito gosto em ajudar*

- *É assim tão pessimista?*

- *Quer colocar uma data para iniciarmos?*

d) Reversão

Muitas vezes podemos ajudar o doente a adoptar um ponto de vista mais positivo em relação à situação que vive.

Exemplo, doente com angina de peito:

- *A sua angina é um mecanismo de defesa. De defesa porque lhe está a lembrar que é altura de abrandar, relaxar e gozar plenamente os seus momentos de repouso.*

Não existem situações assustadoras, mas sim a opinião que temos delas. Cada facto não tem um valor intrínseco, só por si, mas tem o valor determinado pela representação mental que cada individuo lhe atribui. *“Não é mau ou bom, mas o pensamento é que o faz”* (Shakespeare).

e) Convencer

A seguir descreve-se uma série de técnicas que visam induzir uma pessoa a escolher a opção que lhe apresentamos.

1) Controlar os juízos de valor

Os factos e as emoções são intrinsecamente neutros, no entanto, as palavras com que as exprimimos contêm juízos de valor.

Exemplo, doente que deve decidir se toma um medicamento para gonalgia:

- *Creio que um anti-inflamatório durante uns dias lhe fará bem.*

Em vez de:

- *Não quererá iniciar um tratamento com anti-inflamatório?*

2) Pressuposições

O médico fala com o doente partindo do pressuposto de que este concorda com a premissa prévia. O doente ao responder compartilhará da mesma posição sendo então mais fácil que aceite a nossa proposta.

Exemplo, quando se pretende que o doente volte dentro de uma semana:

- *Qual o dia da próxima semana que lhe convém voltar?* (parte da premissa de que o doente quer voltar à consulta)

Outro exemplo, quando se pretende que o doente deixe de fumar:

- *Como acha que será mais fácil deixar de fumar, de repente ou pouco a pouco em 15 dias?*

3) **O amigo (My friend John) e contra-sugestão**

Contando o que se passou com uma terceira pessoa em circunstâncias idênticas, o doente pode imaginar as suas próprias reacções perante o plano proposto, sem ficar com a ideia de que será uma inevitabilidade. Com esta técnica o terapeuta coloca a possibilidade de um dado fenómeno acontecer, sem contudo o colocar como ameaça avassaladora.

Milton Erickson, um brilhante psicoterapeuta norte-americano, considerado como o pai da hipnoterapia moderna, utilizou e trabalhou esta técnica com a designação de “*my friend John*”, citada por Roger Neighbour.

Exemplo:

- *A última vez que receitei...*

Ou

- *Ainda há pouco tempo...*

É uma forma de colocar uma possibilidade na mente do doente. Uma vez conhecida essa possibilidade não pode voltar a ser “inexistente” e pode mesmo concretizar-se. Nos doentes mais sugestionáveis poderá ser conveniente associar uma variante desta técnica, conhecida como de contra-sugestão. Esta consiste em associar à enunciação do efeito secundário uma outra ideia que dê ao doente uma ideia de remota possibilidade.

Exemplo:

- *Proponho-lhe que vá tomar este anti-inflamatório para ajudar a desinflamar as suas articulações. Por vezes, este medicamento provoca algumas dores de estômago, o que é muito raro, contudo, se isso acontecer, está sempre a tempo de interromper o tratamento.*

É uma técnica muito útil para levar o doente a pensar noutras perspectivas de ver o seu problema. Por exemplo:

- *É curioso o que me conta acerca dos seus sintomas. Ainda há um mês tive um doente que se estava a separar e surgiram-lhe umas queixas muito semelhantes às que me acaba de descrever.*

Caso 10. Exemplo da técnica do amigo

Mulher, de 41 anos, ex-toxicodependente em tratamento com metadona, vendedora de imobiliário, a viver com filha de 12 anos, separada há 4 anos. Ex-conjuge toxicodependente.

Vem à consulta por edema, dores com o esforço e parestesias do antepé direito, desde há 6 meses. Atribui os sintomas a traumatismo da tíbio-társica direita ocorrido há 6 meses.

Objectivamente, apresenta alterações tróficas dos pés, mais acentuadas à direita, palpação dolorosa do ante-pé direito. Mobilização das tibio-társicas, activa e passiva, mantida e moderadamente dolorosa.

Requisitam-se ecografia e radiografia da tíbio-társica direita e prescrevem-se AINEs tópicos e orais.

Dois meses depois, volta à consulta com a ecografia e a radiografia. Estas não revelam qualquer alteração mas os sintomas e sinais persistem inalterados. Faz-se avaliação psicológica mas a doente não verbaliza qualquer problema psicossocial, embora revele personalidade e comportamento ansiosos. Decide-se usar a “técnica do amigo”:

- É curioso, é o segundo caso que vejo assim e no outro estes sintomas estavam associados a problemas pessoais vividos com muita ansiedade.

Mantiveram-se os AINEs e foi proposto à doente para voltar dentro de 2 semanas para avaliação.

Volta há consulta, 2 anos depois, para fazer uma avaliação global da sua saúde incluindo planeamento familiar, sem quaisquer queixas. A meio desta avaliação, a doente diz:

- O Doutor lembra-se de eu cá vir há uns anos com dores nos pés? E que eu andava até com os pés inchados e negros que pareciam pisados? O Doutor disse-me que era o 2º caso que via e que, no outro, estava muito ligado aos nervos. Pois fui para casa, a pensar nisso, e a dor foi desaparecendo sem que eu pensasse mais nela.

Esta técnica tem a sua representação máxima na literatura portuguesa com o Padre António Vieira no seu sermão aos peixes. Nele atribui aos peixes os vícios e os comportamentos dos homens. Os receptores podem entender que a mensagem se lhes dirige ou não, consoante estão preparados ou não para a receber. Se alguém, que se sinta tocado pela oratória, tentar argumentar porque se sente injustiçado o emissor poderá sempre se defender dizendo que estava a falar de peixes. Em determinados contextos, em que o clínico coloca determinada hipótese, por exemplo, de relação entre queixas do doente e determinantes, aquele pode sugerir a causalidade relatando a situação numa terceira pessoa e o doente pode aceitar a sugestão ou não consoante está predisposto para a “ver” ou não.

4) **Pré-esvaziamento**

Suponhamos que temos os planos X, Y e Z, dos quais consideramos que o Z é o mais aceitável. Entretanto, o doente tem tendência para preferir o plano X e Y. Nesta situação, é conveniente, ao mencionarmos os méritos do plano Z, que se façam comentários que esvaziem previamente os méritos dos planos X e Y.

Exemplo:

- A tomada da pílula tem desvantagens importantes como... O Diu tem a vantagem de...

Técnicas de negociação

São técnicas a usar sempre que há diferenças de opinião ou de pontos de vista entre médico e doente. Com este conjunto de técnicas o médico tenta chegar a um acordo quanto “às cartas que estão na mesa”, ou seja, quanto aos problemas e quanto ao plano a adoptar.

1) **Falar primeiro**

Agora é o médico que deve tomar a iniciativa, expôr as suas conclusões e apresentar o plano de forma clara e concisa.

2) **Pensar alto**

Expôr a lógica dos nossos pensamentos, expondo inclusive as nossas dúvidas se existirem.

3) **Posicionar-se**

Há que ser muito claro. Se existem pontos impossíveis de negociação devemos dizê-lo claramente ao doente. O mesmo acontece se existirem mínimos que o doente deve alcançar para prosseguir o tratamento.

Exemplos destes mínimos podem ser:

- Transcrever receitas de outros;
- Não fazer abortos;
- Não aos tranquilizantes.

O doente deve saber quais são os aspectos com que não merece a pena perder tempo por não serem negociáveis.

4) **Como funciona (como espera que funcione) e implementar mecanismo de precaução.**

Descrever ao doente a racionalidade do tratamento proposto, como funciona e os problemas que podem apresentar-se:

- Resultados do plano;
- Como actua o plano;
- Antecipar as consequências negativas.

Ao antecipar as eventuais consequências de uma evolução diferente da mais provável, estamos a estender uma rede de segurança que permite consciencializar o doente para outras consequências menos prováveis, contudo possíveis. Neste caso não só protegemos o doente como nos protegemos reduzindo as probabilidades de ser acusados de má prática.

5) Menu de propostas

Muitos dos problemas têm mais de uma solução possível. Se fôr este o caso há que apresentá-las ao doente.

6) Dar oportunidade de escolha

Dar ao doente a oportunidade de escolha entre as várias alternativas, se estas existirem. Se por acaso o doente escolher a que consideramos pior, resta-nos aceitá-la e esperar ou convencê-lo a escolher outra melhor.

7) Saber a opinião do doente

Dar oportunidade e tempo para o doente dar a sua opinião sobre o plano que lhe estamos a propor. Deixar que o doente se “posicione”. Só depois de sabermos a sua posição ou a sua maneira de pensar é que podemos aconselhar através de reconversão de ideias.

De acordo com o *construtivismo* de George Kelly* só nos podemos relacionar com o outro se conhecermos o seu “sistema de construtos”, isto é, a forma como ele constrói a própria realidade.

Numa outra perspectiva, a da terapia da emotividade racional de Albert Ellis†, temos que conhecer o seu “enquadramento ABC” (A, de acontecimento activador passado que determina as crenças –*Beliefs*– que, por sua vez, determinam as consequências – C – de um determinado evento).

A avaliação destas crenças faz-se evitando *respostas justificativas* e recorrendo a *respostas avaliadoras* ou *assinalamentos*.

* George Kelly (1905-1967), era uma personalidade brilhante, interessado em tudo: em 1926 formou-se em física e matemática, a que se seguiu sociologia para, em 1931, completar psicologia. Entretanto, ensinou a arte de falar em público a sindicalistas e banqueiros, cidadania a imigrantes e arte dramática. Em 1946, um ano após a saída de Carl Rogers, ingressa na Universidade do Estado de Ohio, onde desenvolve a Psicologia dos Constructos Pessoais. Segundo Kelly, todas as pessoas raciocinam como qualquer cientista. Elas constroem a sua realidade tal como os cientistas elaboram as suas teorias. Tem expectativas e antecipam resultados como os cientistas colocam hipóteses. Envolvem-se em comportamentos para testar as suas expectativas como os cientistas experimentam as suas hipóteses. Melhoram a compreensão dos fenómenos com as suas experiências, como os cientistas aperfeiçoam as suas teorias com os dados da observação. Esta metáfora, a que ele chamou “metáfora fértil” (*fruitfull metaphor*) constitui a base de toda a sua teoria do alternativismo construtivista.

† Albert Ellis, psicólogo clínico, nasceu em 1913, em Pittsburgh e viveu em Nova Iorque. Tendo feito o seu treino e praticado psicanálise, rapidamente constatou que os clientes que via uma vez por semana tinham os mesmos resultados que os observados diariamente. Quando trabalhava problemas sexuais ou familiares Ellis constatou que sempre que era mais activo, dava aconselhamentos e fazia interpretações directas, os clientes melhoravam mais rapidamente que quando usava o processo psicanalítico. Nesta sequência, em 1955, desiste completamente da psicanálise e concentra toda a sua actividade na mudança de comportamentos dos seus clientes, através do confronto com as suas crenças irracionais e persuadindo-os a adoptar outras mais adequadas e racionais. Estava criada a REBT (Rational Emotive Behavioral Therapy).

8) Se não vêes um “sim” é porque é um “não”

Mais uma vez, a importância de estar atento à linguagem não-verbal do doente, nomeadamente, quanto ao seu “quadro de aceitação interna”.

Se não vemos um consentimento expresso há que continuar a negociar até o obtermos. Alguns autores, da escola comportamental, propõem a obtenção de acordos explícitos (contratos) quanto aos comportamentos a implementar ou a mudar. Num estudo de Neale¹⁴¹ com 179 doentes com risco cardiovascular, 96 assinaram um contrato para a prática regular (três por semana) de exercício físico e 51 um regime dietético definido pela American Heart Association. Com este tipo de procedimento obteve ótimos resultados comprovados objectivamente: redução dos níveis de colesterol e da frequência cardíaca em resposta ao esforço.

9) Recondução por objectivos

Consiste em evitar discussões periféricas e centrar o doente de novo no essencial: como melhorar o estado de saúde do doente. Por exemplo:

— *Deixemo-nos de discussões, vamos lá falar sobre o mais importante que é pensar o que podemos fazer por si neste momento.*

Também com o objectivo de reconduzir o doente à entrevista devemos evitar entrar em alguns “jogos (psicológicos) propostos” pelo doente, como:

- *“Por que é que não faz...? Sim mas...”*

- *“O que espera de um desgraçado como eu?”. Este jogo psicológico também é conhecido como o “Perna de pau”¹⁴², no sentido de que alguém com uma prótese do membro inferior poderá argumentar, para justificar o comportamento, por exemplo o alcoolismo, com “o que é que espera de um homem com perna de pau como eu?”.*

De seguida enunciam-se mais algumas técnicas de negociação a aplicar na fase de acordo final.

10) Duplo pacto

Oferecemos ceder num ponto desde que o doente ceda noutro.

11) Parêntesis

Consiste em adiar a resolução de um pedido.

12) Transferência de responsabilidade

Consiste em transferir o pedido do doente para outros profissionais ou instituições.

13) Proposta de nova relação

Diz-se ao cliente as condições necessárias para continuar o contrato terapêutico, adiando-se o mesmo até aquelas condições se considerarem cumpridas.

14) Técnica de “disco riscado”

O médico repete a sua posição, calma e educadamente, entendendo que a negociação chegou ao seu fim.

Ex. *“O Senhor não me vê como seu médico, eu não o posso tratar como doente. Como a nossa relação só faz sentido se for médico-doente, lamento mas a nossa relação termina aqui”.*

Resumo da fase resolutive ou de manejo

A passagem a esta fase pressupõe que esteja definida a lista de problemas identificados e a exigirem intervenção. Esta fase é a predominante nas consultas motivacionais ou de mudança de comportamentos, nas de escuta ou psicoterapêuticas e nas de psico-educação ou de integração.

A comunicação continua a ser bidireccional embora, em algumas situações, o clínico possa ser mais reactivo. A atitude que deve presidir a esta fase é que qualquer plano de tratamento ou de solução de um problema, por mais brilhante que seja do ponto de vista técnico, não servirá de nada se não for aceite pelo doente. Por outro lado, a atenção à linguagem não-verbal do doente, tentando constantemente avaliar qual o impacto que as nossas mensagens provocam no doente, permitem aplicar o principio de que “enquanto não se vir um SIM é porque é um NÃO”. A fim de se obter uma decisão partilhada quanto aos planos a implementar é condição básica construir um terreno de compreensão comum, isto é o *grounding*. Alguns estudos apontam no sentido de que o estabelecimento de terreno comum se associa a melhores resultados medidos através de vários indicadores: satisfação do doente, grau de concordância quanto à natureza do problema, controlo de doenças crónicas, menos referenciações, menos consultas iterativas e pedidos de exames complementares de diagnóstico pelo médico.

Existe um conjunto vasto de técnicas, a aplicar nesta fase, que visam sobretudo a envolver o doente na tomada de decisão, o que passa por este ter um conhecimento o mais preciso possível sobre a sua situação e ou problema. Os resumos e as enunciações são técnicas que devem ser usadas repetidamente ao longo desta fase. Os erros mais frequentes são:

- Não identificar as ideias, pensamentos, sentimentos, receios e desejos do doente;
- Não identificar o que o doente já sabe, isto é, não fazer o “diagnóstico educacional”;
- Fornecer informação em doses elevadas e usando linguagem não adaptada;
- Não estar atento ao impacto da informação, não respondendo à expressão emocional do doente e, assim, não procurar conhecer melhor o seu quadro de representações;
- Dar informação ou explicações sobre o plano sem verificar se o doente as compreendeu e aceita;
- Não envolver o doente na tomada de decisão partilhada.

7.5. FASE DE ENCERRAMENTO OU FECHO

O encerramento da consulta é muito descurado pela maioria dos autores, talvez por se considerar que se todas as fases anteriores foram bem executadas esta decorrerá igualmente com êxito. Por outro lado, não se identificam técnicas comunicacionais a usar nesta fase que já não tenham sido descritas anteriormente. No entanto, o encerramento tem em si tarefas específicas que importa cumprir se pretendemos consultas efectivas.

O encerramento da consulta pode envolver estados emocionais de algum desconforto, se não mesmo de tristeza ou de ansiedade no cliente. Para o profissional, pode exigir muita sensibilidade e assertividade para iniciar o encerramento da consulta sem pôr em risco o trabalho executado e a continuar em futuras consultas. Por isso, a primeira tarefa desta fase é planear o encerramento.

Esta tarefa é, em si, o corolário das anteriores se os objectivos da consulta já foram devidamente negociados e acordados com o cliente. O facto de que a entrevista evolui para o seu encerramento é continuamente reforçado ao longo da consulta onde se vai tornando patente o cumprimento dos diferentes objectivos.

Nesta fase é o tempo de resumir o que foi alcançado e os compromissos assumidos. O sumário deve ser partilhado pelos dois actores devendo ser sublinhados os aspectos mais importantes que o cliente deve executar. Para além disso, é desejável dar espaço para que este expresse os seus sentimentos acerca do encerramento da consulta nomeadamente, no caso de prestação de cuidados em continuidade, pedir a opinião sobre quando o doente deseja ter a consulta seguinte e tentar conjugá-la com as necessidades clínicas. Dentro desta ideia, cabe ainda perguntar ao doente se entendeu a natureza dos seus problemas e a razão dos componentes do plano de tratamento.

Finalmente, uma última tarefa a que Roger Neighbour atribui grande importância e que designa de “estender a rede de segurança” (*safety-netting*) e que, em nossa opinião, nos parece de grande utilidade.

A tomada de precauções em relação ao erro de diagnóstico é importante em qualquer especialidade médica. No entanto, ela é mais premente em Clínica Geral dado que as decisões, neste contexto, são muito frequentemente tomadas sem conhecimento de um diagnóstico. A actuação baseia-se numa hipótese que o plano visa confirmar.

A hipótese é elaborada, com base nos dados epidemiológicos e sabendo o que os sinais clínicos representam mais tipicamente. Os tratamentos são escolhidos com base numa experiência pretérita em que, geralmente, se revelaram eficazes.

Embora este processo resulte na maior parte das vezes, ele tem uma debilidade intrínseca que se resume a: “E SE?”. E se esta tosse, febre, mialgias e rinorreia não for simplesmente uma síndrome gripal mas sim o início de um quadro meníngeo?

Pode-se dizer, de acordo com autor anónimo citado por Roger Neighbour: *sem diagnóstico, o prognóstico é apenas “Deus-sabenóstico”*.

Então, sendo a Clínica Geral “a arte de gerir a incerteza”, a única precaução possível, de qualquer falha na hipótese elaborada, será incluímos no plano de actuação um processo de retro-informação que permita detectar as ocasiões em que as coisas não corram conforme o previsto. Estabelecem-se, dois planos em paralelo, por um lado o plano de tratamento propriamente dito e, pelo outro, um plano que garanta que na eventualidade de as coisas não acontecerem do modo por nós julgado mais provável, tenhamos conhecimento do acontecido, o mais precocemente possível, para podermos tomar as decisões correctoras.

Assim sendo, sempre que se elabore um plano de actuação devemos colocar 3 perguntas fulcrais:

- *Se eu estiver certo, o que espero que aconteça?*
- *Como é que vou saber se estou errado?*
- *E se assim acontecer o que farei então?*

Ao conjunto destas 3 perguntas, que constitui um verdadeiro plano de contingência para precaver o imprevisto, designamos de “rede de segurança em Clínica Geral”.

Para uma adequada aplicação desta rede de segurança é fundamental ser-se aberto e honesto com o cliente. Dizer-lhe os factos como na realidade os vemos porque só assim o doente é verdadeiramente autónomo na decisão sobre o modo de manejar os seus problemas. Assim, é importante dizer o que se pensa do problema, o que mais pode ser, o que faremos se a pior hipótese se confirmar.

Na prática, intuitivamente, o que fazemos é dizer ao doente como proceder em caso de agravamento ou quando deve voltar caso não melhor. Neste acto o médico deve ser tão preciso quanto possível. Dizer, “*se não melhorar volte*” é de uma enorme imprecisão que provoca no doente ansiedade porque não tem elementos que lhe dêem a noção de controlar a situação.

Por exemplo, no caso da criança que é trazida à consulta pelos pais por febre, corrimento e oclusão nasal, há um dia, objectivamente o clínico apenas encontra a orofaringe hiperemiada para além de uma rinorreia seromucosa. Coloca como hipótese mais provável tratar-se de uma virose e que a criança estará assintomática ao fim de três dias. No entanto, o médico sabe que trabalha com base em probabilidades e, como tal, aquela previsão é a mais provável mas existem outras possibilidades de evolução para as quais importa implementar sistemas de precaução. Nesta circunstância, o estender a rede de segurança consistirá em partilhar as dúvidas com os pais (tendo em conta a personalidade dos mesmos) de modo a que se envolvam de forma activa neste mecanismo de precaução, tal como:

- *Se não melhorar dentro de três dias voltem ou antes, se a situação se agravar ou se alguma coisa mais ocorrer que os preocupe.*

Nestas condições os pais são incorporados na equipa terapêutica e passam a ser os principais aliados do médico.

Resumo da fase de encerramento

Frequentemente o clínico negligencia esta tarefa porque considera já ter feito tudo o que havia a fazer. Na verdade, esta fase pode acrescentar pouco ao que já foi feito mas, se não for levada a sério, corre-se o risco de nela se desfazer muito do que já foi alcançado.

O encerramento deve ser o clímax de uma consulta que evoluiu natural e suavemente sem grandes acelerações ou travagens bruscas. Frequentemente, ao tomar-se consciência de que a consulta está a demorar mais que o previsto ou desejado, o encerramento surge como um travagem brusca e desajeitada com todas as consequências negativas que advém, nomeadamente antagonizando parcial ou totalmente o que de bom possa ter sido feito anteriormente.

Nesta fase mantém-se a necessidade de manter uma comunicação bidireccional, questionando o doente se existe algum ponto em que tenhas dúvidas e o queira esclarecer, e partilhando a decisão sobre a data da próxima consulta.

Os principais erros desta fase são:

- Passagem brusca para esta fase sem prévia preparação;
- Reabertura de consulta por problemas acrescentados pelo doente nesta fase e, na maior parte dos casos, consequência de o clínico não ter negociado previamente a agenda;
- Não lançar a rede de segurança em clínica geral;
- Não salientar os passos seguintes do plano, nos quais se inclui a negociação do próximo encontro.

A título de resumo de encerramento, reiteramos sumariamente as fases da consulta e as respectivas tarefas no Quadro XI.

Quadro X. Fases da consulta e tarefas.

FASES	TAREFAS
Preparação	<i>Planear o encontro com o doente. Avaliar as potencialidades e limitações do médico.</i>
Abertura	<i>Criar o clima de confiança e compreensão. Clarificar os motivos de consulta. Acordar a lista de problemas a abordar. Definir os objectivos comuns.</i>
Exploratória	<i>Ajudar o cliente a explorar os seus problemas pessoais. Ajudar o cliente a manejar os seus sentimentos. Acordar a lista actualizada de problemas a abordar.</i>
Resolutiva ou de manejo	<i>Apresentar o plano terapêutico. Avaliar a importância do problema para o doente. Apresentar o plano terapêutico. Avaliar o grau de confiança do doente na aplicação do plano. Desenvolver as novas habilidades de coping. Negociar o plano terapêutico.</i>
Encerramento	<i>Planear o encerramento. Resumir o plano e compromissos assumidos. Acordar a consulta seguinte. Estender a rede de segurança.</i>

8

AS EMOÇÕES NA CONSULTA

*As emoções são públicas,
só os pensamentos são privados.*

8. AS EMOÇÕES NA CONSULTA

Tradicionalmente, o médico era visto como um especialista em objectividade, desprovido de emoções e impermeável a interferências emocionais. A manutenção destas características era condição necessária para que elaborasse planos de diagnóstico e de tratamento objectivos e adequados à situação do cliente.

O modelo de relação médico-doente de Talcott Parsons incluía, como um dos deveres do papel desempenhado pelo médico, ser objectivo, emocionalmente desligado e com uma conduta exclusivamente determinada pelas regras da prática médica⁶⁶.

Neste contexto, era esperado que o médico fosse um ser sem emoções que se devia, a todo o custo, manter inalterado e nunca se deixar contaminar pelo mundo do doente. Neste sentido era um “não-ser”.

Assim, o médico era visto como um mero excipiente, totalmente inerte, de agentes terapêuticos activos (farmacológicos, cirúrgicos, físicos e outros) cujos efeitos eram determinados directa e exclusivamente pelas propriedades destes. Os resultados dos agentes terapêuticos, fossem medicamentos ou outros, eram totalmente independentes do médico que os administrava ou prescrevia. Se para uma mesma terapêutica eram encontravam resultados que variavam de médico para médico, tal seria devido apenas à subjectividade do médico ao avaliar os resultados, nunca se colocava a hipótese de ser o próprio médico a determinar, parcial ou totalmente, o impacto da intervenção. A aleatorização e a ocultação nos ensaios clínicos, em que se compara o fármaco em estudo com drogas padrão ao placebo, visam precisamente obviar os enviesamentos determinados pela a observação subjectiva dos médicos. De qualquer modo, o que nunca estava em causa é que o próprio médico, só por si, tivesse um impacto positivo ou negativo no resultado terapêutico e, como tal, limitava-se a “não existir” comportando-se o mais assepticamente possível do ponto de vista emocional.

Contudo, progressivamente tem-se constatado e assumido que é impossível o terapeuta existir sem emoções na relação com o doente. Negar a existência das emoções no terapeuta é negar a sua própria existência. O médico existe porque tem emoções. Parafraseando Descartes: “eu emocio-me, logo existo”. Sendo as emoções indissociáveis de qualquer relação terapêutica então, é imprescindível conhecê-las para as poder moldar no sentido de minimizar as suas consequências quando negativas para a relação terapêutica ou de as potenciar quando positivas. Salinsky e Sackin¹⁴³ dizem na sua obra com o título bem sugestivo de “*What are you feeling doctor?*”, na tradução de Jorge Brandão¹⁴⁴:

“Podemos ter a pretensão a que o *eu profissional*, vestindo a sua bata branca, pode agir independentemente do *eu pessoal*... os dois *eus* são indivisíveis e... as defesas que brotam para proteger os nossos sentimentos pessoais alteram com muita frequência o nosso desempenho profissional.”

Na abordagem das emoções na consulta, devemos ter presentes três premissas omnipresentes¹⁴⁵:

1. O médico e doente têm emoções na consulta.
2. O médico e o doente exprimem emoções durante a consulta.
3. O médico e o doente interpretam mutuamente a expressão das emoções.
4. As emoções vividas na consulta afectam os resultados da mesma.

A assumpção destas premissas é imprescindível para controlar as emoções, utilizá-las em proveito da relação médico-doente e como potencial terapêutico isoladamente ou em associação com outros agentes terapêuticos. O comportamento emocional é um acto volitivo, conseqüente à capacidade de controlar as emoções, apesar de os sujeitos externalizarem, frequentemente, a responsabilidade da sua escolha. Os automatismos psicológicos de externalização da responsabilidade estão patentes em frases do tipo:

- *Vês o que me obrigaste a fazer?*
- *O teu comportamento irrita-me.*
- *Se não te portasses mal não tinha que te bater.*

Todas estas expressões visam desculpabilizar o comportamento emocional e traduzem uma atitude de fatalidade ou de causa directa: *é o teu comportamento que provoca o meu.*

Contudo, o comportamento é sempre um acto de escolha. Perante qualquer comportamento, eu tenho, se não for inimputável, a possibilidade de escolher um comportamento semelhante que o reforça ou assumir um outro comportamento oposto que tem tendência a inibi-lo.

Entenda-se por controlar as emoções submetê-las à acção da razão sem nunca as pretender anular. Ser emocionalmente controlado é manter os objectivos, avaliar os prós e os contras do comportamento, ponderar as conseqüências das acções tomadas resistindo à tendência para “perder a cabeça”¹⁴⁶. As emoções são o motor da nossa acção que nos impele a agir. A origem etimológica da palavra emoção vem do latim *emovere* que significa “colocar em movimento”, algo que mantém a mente em movimento seja no sentido de uma acção negativa, neutra ou positiva. Owen Flanagan¹⁴⁷, professor de filosofia e professor associado de psicologia experimental na Universidade de Duke (USA) cita Platão que, metaforicamente, definiu a razão como um condutor de um carro puxado por dois cavalos, um chamado temperamento e outro emoção que estariam sempre a tentar fugir ao controlo.

Paul Ekman, psicólogo da Escola Médica na Universidade da Califórnia, também na mesma obra, diz que as emoções são públicas e só os pensamentos são privados, assim os outros podem não saber os nossos pensamentos mas podem tirar ilações e fazer julgamentos sobre o que sentimos. É verdade que as emoções se associam a pensamentos e que o interpretante pode, perante um dada expressão, deduzir o que o emissor está a sentir, mas essa relação não é tão unívoca como se desejaria, o que significa que uma dada expressão se pode associar a várias emoções e cada uma destas pode ser determinada por uma infinidade de pensamentos. Donde se conclui que a partir da expressão de uma emoção não se pode concluir o que o emissor sente e muito menos o que

pensa, apenas se podem colocar hipóteses. Contudo, na prática, os doentes fazem-no e é perante essa certeza que o médico deve ter consciência do tipo de expressão emocional que está a emitir e na ideia que o doente pode dela fazer.

O médico para aproveitar os seus estados emocionais passa por dois estádios: primeiro toma consciência das suas próprias emoções e, só depois, está em condições de as utilizar em benefício do doente. A auto-consciência, entendida como a capacidade de se distanciar e reconhecer o que se está a sentir antes de passar à acção, é imprescindível na construção da relação médico-doente, no diagnóstico e na terapêutica. Com efeito, a tomada de consciência de uma dada resposta emocional, aumenta a probabilidade de lidar adequadamente com ela e iniciar um comportamento mais ajustado às necessidades do doente¹⁴⁸. Reconhecer o inimigo é a primeira condição para o vencer.

Se as emoções, quaisquer que sejam, surgem no médico, durante o tratamento do doente, elas devem ser igualmente avaliadas como um sintoma importante do sofrimento do paciente mas, em caso algum, elas se devem expressar através da acção. A situação terapêutica corre risco sempre que o médico não está consciente das suas emoções. Se não tem consciência das suas emoções não se apercebe do mal que pode fazer ao doente, quer directamente pelo seu estado emocional, quer indirectamente ao tentar compensar os sentimentos inconscientes de culpabilidade.

O antídoto clássico para os efeitos indesejáveis das emoções do médico é a análise pessoal. Toda a terapia, mesmo a mais superficial, exige do terapeuta um certo grau de tomada de consciência e de controlo de si.

As emoções na construção da relação médico-doente.

Os nossos comportamentos são geralmente respostas reflexas ao meio ambiente. O processo de treino profissional passa pela tomada de consciência desses reflexos, fazendo subir as respostas a níveis superiores para as adequar às circunstâncias, através de processos de escolha conscientes, de modo a obter resultados mais de acordo com os objectivos do emissor.

Os comportamentos e atitudes negativas dos doentes tendem a induzir no médico respostas no mesmo sentido. De notar que muitas vezes essas atitudes e comportamentos nem são negativas, na realidade do doente, mas são interpretadas como tal pelo médico e o que conta na interacção é esta “realidade construída” e não tanto a real. As coisas não tem a importância por si mas sim pela forma como cada um as vê ou, ainda, o valor dos factos não está neles mas nas pessoas.

Se o médico responder reflexamente com comportamentos com a mesma carga negativa que o doente, instala-se um ciclo de auto-perpetuação, do tipo disfuncional, que não vai satisfazer as necessidades do doente nem do médico. É então, imprescindível que através de um processo de auto-consciência o médico reconheça a emoção que está a viver e, através de mecanismos de auto-controlo, elabore respostas comportamentais de carga positiva que induzam no doente uma mudança no seu comportamento no sentido mais adequado. É conhecido que comportamento gera comportamento, se o médico a

um comportamento negativo responder com um positivo então está a induzir no doente uma mudança de atitude no mesmo sentido.

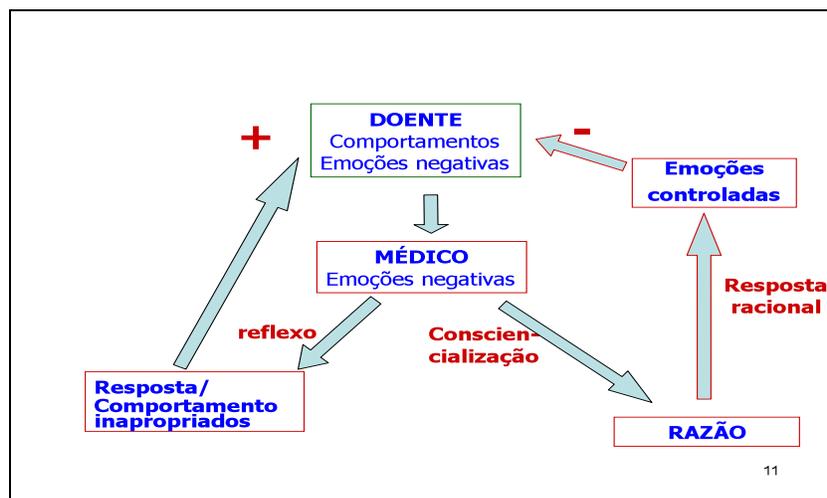


Fig. 20. As emoções do médico e auto-consciência.

As emoções negativas do médico podem ser respostas a comportamentos negativos do doente mas, também podem ser determinadas por processos de contaminação, isto é, por outros eventos totalmente alheios à relação presente médico-doente. O médico pode transportar para a consulta emoções geradas por problemas de ordem familiar, por uma consulta anterior que não correu como desejava ou ainda pela antecipação de problemas que irá ter nas consultas subsequentes. Portanto, existe uma multiplicidade de situações que podem deteriorar o estado emocional do médico e deste modo interferir com o desempenho na presente consulta. A primeira condição para enfrentar com êxito qualquer inimigo é reconhecer a sua existência. Então para se enfrentar os problemas determinados por emoções contaminantes a primeira condição é reconhecer a sua existência e as suas implicações. Quando o médico reconhece que o seu estado emocional não é o mais adequado para aquela relação, pode pôr em acção uma série de mecanismos de auto-controlo que lhe permitam evitar os efeitos nefastos de um comportamento menos adequado. Uma das tarefas da fase de preparação da consulta é precisamente o de avaliar se está em condições de fazer a consulta que se segue. Passa por avaliar os seus recursos pessoais para aquele encontro e concentrar-se no “aqui-e-agora”, nada mais existe, o passado já foi e o futuro ainda cá não está. O que interessa é o presente e a forma como o aproveitarmos vai determinar o futuro. Se da auto-análise concluir que está muito contaminado com emoções transportadas, é melhor fazer uma pausa, falar com um colega, partilhar o que está a sentir, ir tomar um café, fazer qualquer coisa que lhe dê prazer ou outro ritual qualquer que utilize como forma de readquirir o equilíbrio psicológico.

A este processo de consciencializar a presença de emoções contaminantes e do consequente processo de controlo, de modo a não interferirem na relação presente, designamos de DESCONTAMINAÇÃO EMOCIONAL.

Assim, uma das tarefas da pré-consulta será a descontaminação emocional à semelhança do que se verifica na cirurgia em que todo o acto cirúrgico exige um processo de descontaminação biológica. Por outras palavras a descontaminação emocional está para a clínica geral assim como a descontaminação biológica está para a cirurgia. Se os resultados da cirurgia dependem da assepsia biológica os da clínica geral dependem da assepsia emocional à entrada na consulta. Tal como o cirurgião e toda a sua equipa se preocupam com as condições de assepsia do bloco operatório também toda a equipa reunida em torno do clínico geral se deve preocupar pela assepsia emocional (leia-se tranquilidade) no gabinete de consulta.

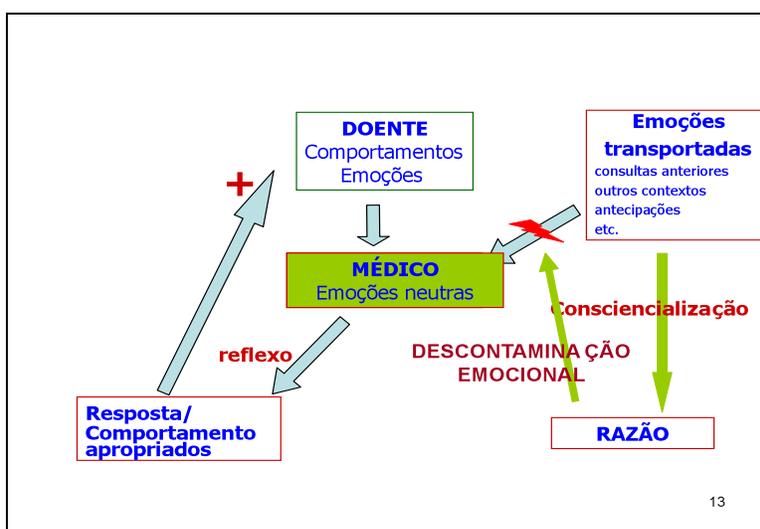


Fig. 21. Descontaminação emocional.

A prestação de cuidados continuados como é próprio da clínica geral, permite o melhor conhecimento do doente porém, também sujeita o médico a uma maior vulnerabilidade quando a morte acontece. Os médicos do sexo feminino, jovens e os que tiveram uma relação mais prolongada com os seus doentes têm reacções emocionais mais intensas quando da sua morte¹⁴⁹. Tal como Morrie Schwartz, professor de sociologia, vítima de esclerose lateral amiotrófica, diz ao seu antigo aluno Mitch Albom¹⁵⁰, que o acompanha nos seus últimos dias de vida, “a morte acaba com uma vida, não com uma relação”. Este é mais um motivo para os serviços de saúde terem equipas que assegurem suporte emocional aos seus profissionais, a fim de proteger os próprios utilizadores e, assim, contribuir para a melhoria da saúde da população.

Intuitivamente, tem-se a ideia de haver em cada lista de utentes um traço comum, ou um conjunto de características comuns, que parece identificar os doentes atribuídos a um dado médico. Isto é muito mais visível em contextos onde existe uma diversidade mínima de profissionais. Este facto tende a ser mais evidente à medida que aumenta o número de médicos possíveis e o grau de liberdade de escolha pelo utente. Assim, é possível a um observador mais atento e conhecedor, perante um dado utente, prever quem foi o médico escolhido e estar certo com um grau de probabilidade muito superior ao acaso.

Uma lista de utentes estabilizada é o resultado da intervenção de um processo de dupla escolha, por um lado há uma certa selecção dos utentes pelo médico e por outro também uma selecção do médico pelos utentes. Um bom exemplo da actuação destas forças de escolha é quando um utente pede explicitamente a um médico para se inscrever na sua lista, com base num desejo construído na interacção com parentes ou amigos que falaram sobre o médico. Nestas circunstâncias, por um lado o médico sente-se mais inclinado a ceder ao pedido por antever que pode construir uma relação com alguém que acredita em si e que o escolheu e, por outro, quem faz o pedido fá-lo por que acredita no médico, com base nas características conhecidas e que certamente têm a haver com as qualidades que aprecia num profissional de saúde. Como resultante destas duas escolhas mútuas temos a reunião, numa lista, de um conjunto de utentes que partilham um conjunto de características que muitas vezes são muito mais sentidas que consciencializadas e de difícil descrição. Na verdade, cada utente deseja escolher um médico que partilhe dos mesmos valores, objectivos, princípios morais, cultura e até religião. A possibilidade de o utente fazer esta escolha, tanto mais consciente e informada quando possível, contribui fortemente para o estabelecimento de uma relação médico-paciente funcional. No entanto, para o poder fazer é imprescindível que os médicos se “exponham” através da auto-revelação de modo a disponibilizar essa informação ao paciente.

As emoções como instrumento de diagnóstico

Já assumimos que o comportamento do doente pode induzir no médico determinados estados emocionais positivos, neutros ou negativos. Se o médico tomar consciência da presença dessas emoções, pode colocar como hipótese o tipo de emoções que o doente gera nas pessoas do seu ambiente social (familiar, laboral ou outros). Partindo do pressuposto que o médico é igual à maioria das pessoas que contactam com o doente, pode concluir que provoca o mesmo tipo de emoções nas pessoas que com ele se relacionam e, logo, antever o tipo de problemas e conflitos que o doente vive. No entanto, deve também assumir que esta ilação não é mais que uma hipótese gerada pela intuição e, como tal, exige ser confirmada através da colocação ao doente de questões promotoras da consciência e escuta reflexiva. Portanto a consciência das emoções do médico permite-lhe colocar hipóteses de diagnóstico, o que por si só já é de grande valor, mas nunca devem ser assumidas como verdades de trabalho se não forem confirmadas.

As emoções na terapêutica

Uma das formas de utilizar as emoções pessoais em prol do doente é através da auto-revelação (*self-disclosure*). Adoptando-se a definição proposta no manual de codificação do Sistema de Análise da Interação de Roter (RIAS^{*}), entende-se por auto-revelação “o acto de fala em que o médico descreve a sua experiência pessoal e que tem relevância médica e ou emocional para o

* O RIAS, de Roter Interaction Analysis System, é um sistema de codificação da consulta criado e desenvolvido por Debra Roter e colaboradores.

doente”¹⁵¹. Noutros termos, auto-revelação é qualquer mensagem a respeito do próprio que uma pessoa comunica a outra ou, ainda, o processo pelo qual um indivíduo comunica informação, pensamento, sentimentos ou outros elementos pessoais.

Beach e outros, numa tentativa de sistematização das auto-revelações, caracterizaram algumas tipologias:

1. Tranquilização, através da qual o médico revela ter tido a mesma experiência que o doente e, assim, tranquilizá-lo. Exemplo: *“Eu usei o mesmo medicamento, melhorei muito e não senti qualquer problema com o estômago.”*
2. Aconselhamento, quando se usa a auto-revelação com o objectivo de conduzir ou levar o doente a agir num determinado sentido. Exemplo: *“Eu próprio já tomei a vacina”.*
3. Construção da relação, em que o médico através do humor, de anedotas ou sentenças de empatia tenta construir a relação. Exemplo: *“Eu reconheço que nesta nossa relação também não tenho estado muito bem...”*
4. Íntima, quando o médico faz revelações do foro privado. Exemplo: *“Eu também sofri muito com o meu divórcio”.*
5. Casual, quando são sentenças curtas ditas quase ao acaso e com pouca conotação com as condições do doente. Exemplo, *“quem me dera poder estar acordado toda a noite”.*
6. Narrativas ou alargadas (no sentido de extensas), quando o médico faz sentenças longas e sem relação com as condições do doente.

Malterud e Hollnagel¹⁵² pretenderam analisar, num grupo de médicos, o que aconteceu quando falaram sobre as próprias vulnerabilidades aos doentes num sentido potencialmente benéfico. Neste estudo qualitativo, convidaram 9 clínicos a recordarem situações em que se tivessem apercebido de estarem vulneráveis e em que a explicitação dessa vulnerabilidade foi considerada positiva pelo doente. Da análise destes relatos identificaram dois tipos de auto-revelações: as que explicitam emoções de aparecimento espontâneo e as que permitiam partilhar experiências. Concluíram ainda, que a expressão espontânea de emoções podem ajudar o doente enquanto que as de partilha de experiências podem conduzir a uma interacção construtiva.

Temos vindo a falar do aspecto da auto-revelação ter um potencial efeito positivo para o doente, no entanto, ela deve ser usada com muita parcimónia porque facilmente a sua utilização pode resvalar para situações que nada tenham a haver com os interesses do doente. Neste sentido, é um dever ético do profissional avaliar a quem interessa a auto-revelação, qual é a razão que o leva a expor os seus sentimentos ou as suas emoções e que consequências essa explicitação tem para o doente.

Como rapidamente se depreende, não é fácil, sobretudo para alguns tipos de profissionais, de avaliarem qual é ou a quem interessa a auto-revelação das suas emoções, no entanto, em termos teóricos a regra é a mesma aplicável à relação terapeuta-cliente: a relação deve terminar quando servir mais ao terapeuta que ao cliente, isto é, quando ela existe no interesse predominante do

terapeuta. À auto-revelação aplica-se a mesma regra: só se deve verificar enquanto for no interesse do cliente e nunca deve suceder quando a sua existência, total ou maioritariamente, servir os interesses do terapeuta. A este limite da auto-revelação, também aplicável à relação terapêutica, designamos de LIMITE EGOÍSTICO DAS EMOÇÕES que podemos definir como o ponto a partir do qual a auto-revelação (ou a relação médico-doente) só existe pelo interesse egoístico do médico.

Assim, podemos concluir que a auto-revelação das emoções do médico pode ser de grande ajuda para o doente mas que também pode facilmente ser determinada pelos interesses do médico, pelo que este deve estar sempre muito atento ao limite egoístico das emoções.

O aproveitamento do potencial e a prevenção do impacto negativo das emoções exige a tomada de consciência e o auto-conhecimento do médico. Se uma das regras da prescrição farmacológica é não usar nenhum medicamento que não se conheça a farmacocinética e a farmacodinamia, então, se assumirmos que o médico é o “fármaco” mais prescrito em clínica geral, também este “medicamento” não deve ser usado sem conhecer minimamente a respectiva farmacologia clínica.

O conhecimento desta farmacologia é um processo *ad libitum* profissional, exigindo esforço continuado e grande humildade por parte do terapeuta. Passa por se expor através dos mais variados meios e escutar a informação que recebe de retorno, na sequência dessa exposição.

9

A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO NA CONSULTA E O SEU IMPACTO

A consulta é a integração dos conhecimentos técnicos com a capacidade de se relacionar com os outros.

9. A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO NA CONSULTA E O SEU IMPACTO

Os médicos podem influenciar os resultados da sua intervenção terapêutica nos doentes, não só pelos procedimentos de cuidados médicos mas também através da modelagem dos sentimentos dos doentes acerca da doença e da sua capacidade de controlar e conter o impacto nas suas vidas.

A quantificação do impacto de uma comunicação efectiva na consulta é difícil e complexa, por razões metodológicas resultantes da dificuldade em operacionalizar variáveis, mas também pela dificuldade em consensualizar o que deve ser entendido como objectivos da intervenção dos cuidados de saúde. Para exemplificar esta dificuldade basta pensar o quão difícil é objectivar o resultado de acompanhar o doente nos últimos tempos da sua vida, sobretudo se tivermos em consideração que o objectivo da Medicina, segundo o paradigma dominante, é colocado em termos puros de cura e prolongamento da vida.

Michael Balint (Balint M e Balint E 200) conta a história do ortopedista que trata um doente com fractura do membro inferior. Enquanto lhe coloca a tala de imobilização do membro, o doente, neurótico, bombardeia o médico com questões do tipo: *vou ter muitas dores? Quanto tempo vou ficar sem andar? Quando é que posso correr? A perna não vai ficar mais curta? Não fico a coxear? etc.* O médico, já sem paciência, responde-lhe de modo enfadado:

- *Esteja descansado que dentro de seis semanas já pode andar, correr e até dançar.*

O doente responde-lhe:

- *O Doutor deve ser mesmo extraordinário, pois toda a minha vida tentei aprender a dançar e, até hoje, ainda não consegui!*

Esta história ilustra que se os critérios de sucesso não são razoáveis dificilmente se poderá dizer que houve êxito. Se quando o tratamento terminar o doente não estiver a “dançar”, o seu resultado será classificado, pelo menos, como parcialmente conseguido. Claro que o ortopedista não coloca como critério de êxito o doente dançar, mas, “apenas” recuperar a função para o mesmo nível que tinha antes do acidente. Este aspecto é de importância crucial para se avaliar o poder da relação terapêutica. Por exemplo, alguém que tem uma determinada personalidade, que não se adapta perfeitamente ao exigido pela sociedade e que teve um comportamento que o leva a abandonar o emprego, se só considerarmos êxito quando a personalidade do doente se modificar, então, a consulta nunca pode ser considerada de sucesso e a relação terapêutica estabelecida será avaliada de pouco valor, apesar de o doente retomar o trabalho nas mesmas condições anteriores ao episódio de cuidados.

No estudo do impacto da comunicação nos resultados terapêuticos, temos como primeiro obstáculo a dificuldade de operacionalização: afinal o que é uma boa relação médico-doente?

Peter Maguire¹⁵³, investigador do Psychological Medicine Group do Christie Hospital, em Manchester, analisou os estudos originais publicados de 1992 a 2002, sobre a comunicação médico-doente, particularmente os que analisavam a relação entre perícias nucleares da consulta e o modo como certas tarefas

eram alcançadas. Desta investigação concluiu que os componentes de uma relação médico-doente efectiva, ou funcional, eram:

- Identificar os principais problemas do doente, as suas percepções acerca dos seus problemas, o impacto físico, emocional e social dos problemas no doente e na sua família;
- Adaptar a informação ao que o doente quer saber;
- Verificar como o doente compreende a informação;
- Identificar as reacções do doente à informação recebida e as suas principais preocupações;
- Avaliar até onde o doente quer participar na tomada de decisão (quando existe mais que uma opção disponível);
- Discutir as opções de tratamento de modo a que o doente compreenda as suas implicações;
- Maximizar a probabilidade de o doente seguir a decisão acordada acerca do tratamento e aconselhar quanto à mudança de estilos de vida.

Em termos pragmáticos pode-se dizer que a comunicação efectiva se resume a quatro componentes:

- 1) Identificar problemas e preocupações;
- 2) Dar informação;
- 3) Discutir opções de tratamento;
- 4) Dar suporte.

Outros autores consideram o modelo centrado no doente como a referência da relação médico-doente efectiva. Em termos resumidos, podemos dizer que o modelo centrado no doente coloca o paciente no centro da consulta e foca a atenção na compreensão dos seus pensamentos, sentimentos e expectativas, para além de considerar os sintomas apresentados no momento da consulta.

Nos trabalhos de Henbest e Fehrsen¹⁵⁴, o índice de centragem no doente foi determinado com base nas respostas do médico às deixas do doente ou, por outras palavras, às oportunidades de empatia.

Para avaliar os resultados da consulta foram considerados os seguintes itens:

- Sensação do doente de que foi compreendido pelo médico;
- Concordância entre doente e médico quanto à natureza dos problemas do doente;
- Resolução do desconforto gerado pelo principal sintoma referido pelo doente;
- Grau de tranquilização quanto à preocupação associada aos sintomas referidos pelo doente.

Recorrendo a audio-gravações, classificaram as consultas em centradas no doente e centradas na doença. Os dados colhidos para esta classificação são incompletos na medida em que a linguagem não-verbal não foi considerada por se limitarem aos registos áudio.

Tendo em consideração esta insuficiência, os resultados do referido estudo revelaram que 82% dos doentes estavam muito preocupados, antes da consulta,

e que destes, após a consulta, 18% sentiam-se melhor, 35% francamente melhor, 38% na mesma e 9% pior.

Contudo, se analisarmos os resultados classificando as consultas segundo o grau de centragem no doente, verificamos que à medida que este aumenta há um incremento do número de doentes com resolução do principal sintoma (Figura 22).

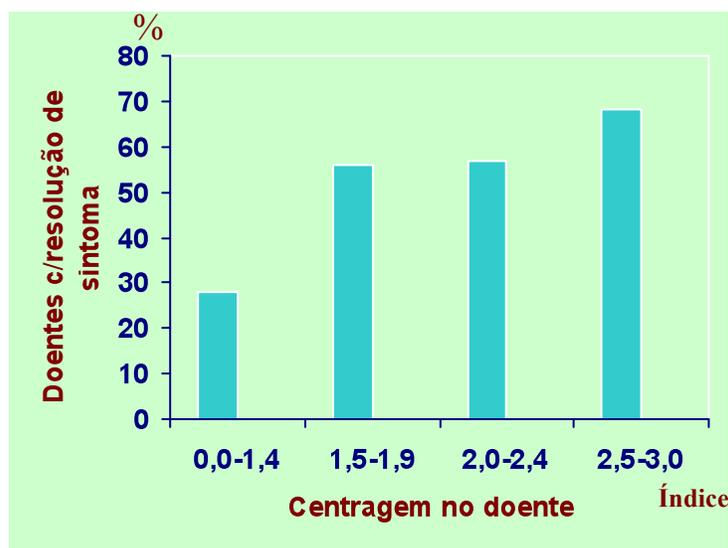


Fig. 22. *Percentagem de doentes com resolução do principal sintoma (Henbest e Fehrsen, 1992).*

Para o menor índice de centragem, a percentagem de doentes com resolução da principal queixa, fica pelos 28% e, no máximo de centragem no doente, atinge os 68%. O grau de acordo entre médico e doente, quanto aos problemas do doente, aumenta igualmente com o índice de centragem no doente, no quartil mais baixo o acordo observa-se em 67% dos doentes e, no quartil mais elevado, a percentagem de concordância sobe para os 90% (Figura 23).

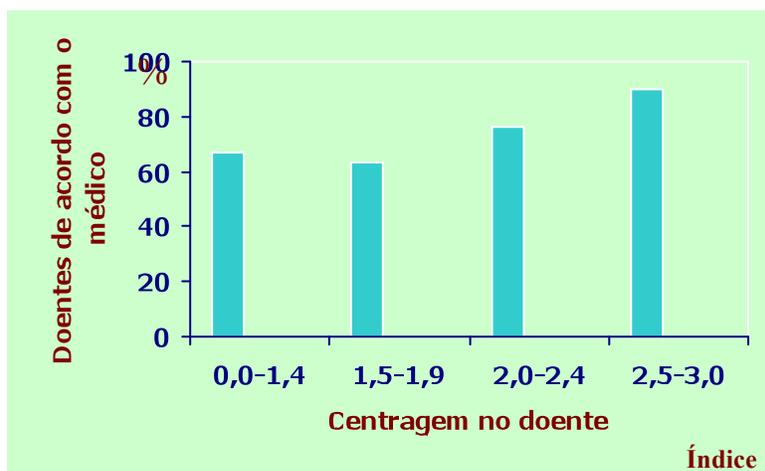


Fig. 23. *Percentagem de doentes de acordo com o médico quanto à natureza dos principais sintomas (Henbest e Fehrsen, 1992).*

Em diabéticos tipo 2, o acordo, entre médico e doente quanto ao tratamento e aos respectivos objectivos, está associado a um maior sentido de auto-eficácia na implementação do tratamento e respectiva adesão¹⁵⁵.

Também a redução da preocupação relacionada com o principal sintoma era consideravelmente mais frequente nas consultas com índices de centragem no doente no quartil superior, quando comparadas com as consultas com índices no quartil inferior. Nas consultas com índices mais baixos, apenas 17% referiam dissolução da preocupação com o principal sintoma, enquanto que das consultas com índices no quartil superior, 58% dos doentes saíam tranquilizados quanto à preocupação associada ao principal sintoma existente à entrada na consulta (Figura 24).

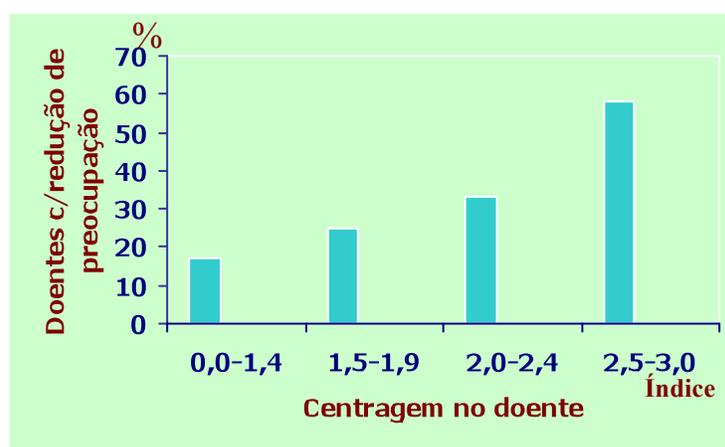


Fig. 24. Percentagem de doentes com redução da preocupação associada aos sintomas(Henbest e Fehrsen,1992).

Estudos qualitativos também indiciam que os desentendimentos, entre médico e doente, estão associados à falta de participação do doente na consulta e às interpretações médicas, muito falíveis, feitas com base naquilo que o médico pensa que o doente pensa¹⁵⁶.

Paul Little e outros¹⁵⁷ chegaram a idênticas conclusões confirmando a associação entre satisfação com a consulta e a abordagem centrada no doente. No entanto estes autores, analisando as percepções dos doentes acerca da consulta, identificaram cinco componentes distintos das percepções dos doentes, susceptíveis de serem medidos:

- 1) Comunicação e partilha (médico empático interessado nas preocupações e expectativas dos doentes e que discute e procura acordo quanto aos problemas e tratamentos);
- 2) Relação pessoal (demonstra conhecer o doente e compreende as suas necessidades emocionais);
- 3) Promoção da saúde;

- 4) Abordagem clara e positiva dos problemas (explica claramente o problema, aceita os problemas tal como o doente os apresenta);
- 5) Interesse no impacto do problema na vida (pessoal e familiar) do doente e nas suas actividades da vida diária.

Deste estudo os autores inferem que, se o médico não tiver uma abordagem centrada no doente, terá doentes menos satisfeitos, menos competentes para cuidarem da sua saúde e ultrapassarem os seus problemas, auto-percepção de maior sobrecarga pelos sintomas e maior uso dos serviços de saúde.

Também Bertakis¹⁵⁸ e outros concluem que as consultas com abordagem centrada no doente estão associadas a maiores níveis de satisfação do cliente, enquanto que comportamentos dominadores do médico se associam a menores graus de satisfação.

Outros estudos, que pretendem avaliar o impacto da consulta, definem as perícias interpessoais do médico e a quantidade de informação instrumental fornecida ao doente como as variáveis independentes.

O estudo de Hall *et al* (1988), baseado na meta-análise de 41 estudos, encontrou associação entre satisfação e quantidade de informação fornecida. As mulheres recebem mais informação que os homens provavelmente devido à maior tendência do sexo feminino para colocar questões.

Edward Bartlett e outros¹⁵⁹ analisaram a correlação das perícias interpessoais do médico com a quantidade de informação instrumental fornecida ao doente, com o grau de satisfação do doente, com a quantidade de informação recordada pelo doente, à saída da consulta, e com o grau de adesão à terapêutica.

Nas perícias interpessoais do médico foram considerados os seguintes itens:

- 1) Sensibilidade para os sentimentos do doente;
- 2) Troca de informação;
- 3) Organização da entrevista;
- 4) Atenção aos aspectos ambientais do doente.

A variável quantidade de “conselhos”, fornecidos ao doente durante a consulta, foi medida pelo número de actos de fala do médico que continham qualquer informação ou instrução relacionada com os problemas do doente. A satisfação dos doentes foi determinada através da utilização de questionário com oito itens, numa escala de 5 pontos, tipo Likert. A memória do doente, relativamente à informação e recomendações fornecidas pelo médico, foi avaliada com inquérito que pedia a descrição de alguns aspectos daquelas recomendações. Finalmente, a adesão foi medida através de telefonema aos doentes e perguntando-lhes que medicação tinham feito na véspera.

Com este desenho experimental, estudaram-se as relações entre perícias relacionais do médico, por um lado, e a satisfação do doente e a quantidade de informação retida pelo doente, por outro. A quantidade de informação fornecida não tinha qualquer relação com o grau de satisfação. A quantidade de informação retida era determinada pelas perícias relacionais usadas pelo médico e pela quantidade de actos de fala de valor informativo ou recomendatório. Não se encontrou relação entre quantidade de informação recordada e o grau de satisfação do doente com a consulta ou com a adesão à terapêutica (Figura 25).

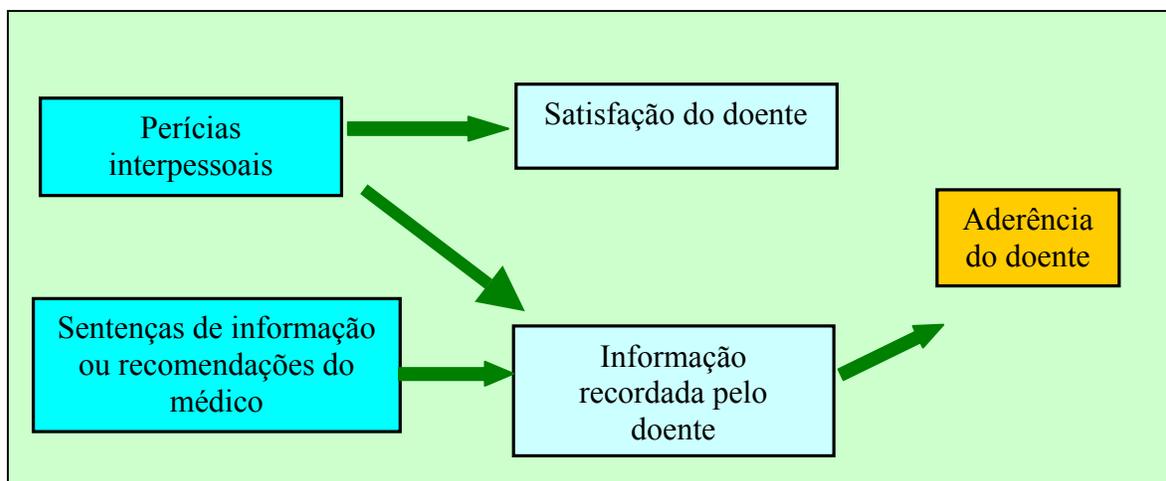


Fig. 25. *Relação entre perícias relacionais, quantidade de informação e aderência.*

Portanto, os resultados, operacionalizados como o grau de adesão à terapêutica, dependem da aplicação de habilidades comunicacionais em associação com a transferência de informação. A utilização de habilidades comunicacionais sem informação, assim como dar informação sem competência comunicacional, de pouco serve ao cumprimento com a terapêutica. Mas a utilização isolada de habilidades comunicacionais pode dar satisfação ao utente sem contudo ter implicação na adesão. Por outro lado, informação sem sensibilidade comunicacional, não conduz à “interiorização” do plano terapêutico, confirmando o princípio: a consulta é a integração dos conhecimentos técnicos com a capacidade de se relacionar com os outros. Diversos autores, com trabalhos posteriores, vieram a confirmar estas evidências^{160, 161 e 162}.

Parece que as perícias comunicacionais usadas pelo médico são fundamentais para criar um clima de tranquilidade e de maior receptividade para a retenção da informação. No dizer de Speedling e Rose¹⁶³, a satisfação do doente com a consulta traduz mais uma reacção ao envolvimento na entrevista médica que o empenho activo num plano terapêutico.

No fundo, trata-se de um facto bem compreensível se tivermos em conta o efeito aniquilador que alguns professores ameaçadores têm sobre as cognições de alguns alunos intelectualmente geniais. O oposto verifica-se quando o gosto, pelo estudo de uma dada disciplina, aumenta exponencialmente com a mudança para um professor que sabe cativar o aluno.

A grande conclusão deste estudo é que não basta informar para o doente cumprir a terapêutica embora isso seja imprescindível. Também não basta utilizar as perícias relacionais para o doente aderir à terapêutica. **É a associação entre perícias relacionais e informação que determinam a adesão.**

Para obter um bom cozinhado não é suficiente ter bons produtos alimentares, é preciso um conjunto de perícias que permitam obter um prato final de qualidade. Uma boa parte dos estudos que visam avaliar os resultados da qualidade da comunicação na consulta baseiam-se na avaliação da satisfação do cliente com

a consulta. A lógica deste tipo de investigação baseia-se no constructo teórico de que a satisfação do cliente com a consulta é uma condição favorecedora do êxito clínico. Alguns estudos têm confirmado a ideia de que a qualidade das perícias relacionais influencia os resultados nos clientes mais que a quantidade de ensino ou de instrução.

A satisfação do cliente deve ser considerada como um indicador da funcionalidade da comunicação médico-doente, mas não deve ser a única dimensão¹⁶⁴ dado que a satisfação com a consulta pode ser mais um atributo do doente que da relação ou do médico. Estudos de Richard Baker¹⁶⁵ indiciam que a satisfação do doente se reduz com o aumento das listas, ausência de sistema de listas, ser uma unidade de treino e, a única característica dos clínicos que se encontrou associada à insatisfação, foi a idade do clínico. Alguns estudos revelam que os doentes mais satisfeitos com a consulta nem sempre são os mais saudáveis e, por outro lado, o grau de satisfação do doente depende das suas expectativas. Se o cliente tiver expectativas muito reduzidas em relação à consulta o pouco que recebe será mais do que espera, logo ficará satisfeito porque ultrapassou as suas previsões.

A adesão à terapêutica também pode ser considerada um marcador da qualidade da relação médico-doente mas, igualmente, não o é de modo absoluto.

É verdade que uma boa relação é fundamental para a transferência de informação que, por sua vez, é importante para a boa aderência aos planos terapêuticos. Contudo a adesão é contrariada por outros factores como problemas financeiros, dificuldades de transporte e outros que se oponham ao acesso aos cuidados de saúde.

De qualquer modo, a transferência de informação é imprescindível para o empoderamento do cliente e a comunicação funcional entre o médico e o cliente pode ser a fonte motivadora, incentivadora e de suporte que ajuda à construção do sentido de auto-eficácia, para além da desconstrução e reconstrução de representações mentais que contrariem ou favoreçam a mudança para comportamentos salutogénicos.

O próprio estilo de comunicação do médico determina o grau da satisfação do doente. Buller e Buller¹⁶⁶, ao analisarem entrevistas clínicas, identificaram dois estilos de comportamento dos médicos: estilo de mutualidade, caracterizado por comportamentos comunicacionais que desenvolvem uma relação positiva entre médico e doente; e estilo de controlo, em que os comportamentos comunicacionais impõem e mantêm o controlo médico na interacção com o doente.

Aqueles autores, após entrevistarem 219 doentes, à saída da consulta e por telefone nas duas semanas seguintes, concluíram:

- Os doentes que exprimiram mais satisfação com o modo de comunicar do médico estavam mais satisfeitos com os cuidados recebidos;
- Os doentes mais satisfeitos com os cuidados recebidos tinham sido tratados por médicos com estilo cooperativo;

- Os doentes menos satisfeitos tinham sido tratados por médicos com estilo controlador.

Ainda assim, nesta discussão sobre como avaliar os resultados de uma relação médico-doente efectiva, os indicadores que melhor são compreendidos ainda são os fisiológicos.

Utilizando instrumentos, como o Inventário da Relação Doente-Médico, que medem os comportamentos comunicacionais dos médicos na perspectiva do doente, verificou-se que a amabilidade e a empatia do clínico, numa consulta ambulatória de oncologia, aumentavam significativamente o grau de satisfação do doente, o seu sentido de auto-eficácia e reduzia, muito consideravelmente, o grau de tensão emocional pós-consulta. Para além disso, índices baixos no Inventário da Relação Doente-Médico, estavam associados a baixa capacidade do médico estimar a satisfação do doente¹⁶⁷.

Num outro estudo controlado, em que internos de Medicina Familiar e de Medicina Interna eram distribuídos aleatoriamente por dois grupos: controlo e experimental. O grupo experimental era constituído pelos doentes de internos sujeitos a um programa intensivo, com a duração de um mês, sobre abordagem psicossocial. Antes e depois do programa de treino, foi aplicado um questionário para avaliar a satisfação dos doentes. Da aplicação do questionário verificou-se que os doentes dos internos com treino estavam mais satisfeitos e tinham mais confiança no respectivo médico, em comparação com os do grupo controlo que não tinham qualquer formação específica da abordagem psicossocial. Por outro lado, o efeito do treino sobre os parâmetros auto-revelação (*self-disclosure*) do doente e empatia do médico era maior nos internos do sexo feminino que nos do sexo masculino¹⁶⁸.

Num outro estudo observaram-se 265 doentes que foram pela primeira vez à consulta de Clínica Geral por cefaleia (The Headache Study Group 1983). Os doentes foram entrevistados às seis semanas e aos 12 meses após aquela consulta. Nestas entrevistas avaliou-se o grau de persistência dos sintomas, faltas ao trabalho no último mês, medicação e grau de satisfação com os cuidados médicos recebidos na consulta.

A variável satisfação foi avaliada com duas questões, cujas respostas eram quantificadas em *pouco*, *moderado* ou *elevado*:

- Qual foi a possibilidade que teve de falar, com o seu médico, sobre as suas dores de cabeça e dos problemas a elas associados?
- Qual o grau de clareza com que o seu médico discutiu a causa das suas dores de cabeça?

Concluiu-se, deste estudo, que o principal factor associado à resolução da sintomatologia, doze meses após a primeira consulta, foi a avaliação positiva da consulta pelo doente, às seis semanas, traduzida pelo reconhecimento, por parte do doente, que o médico lhe tinha dado oportunidade de falar das suas cefaleias e dos problemas com elas relacionados.

Todos os restantes factores, nomeadamente a terapêutica instituída, não apresentaram qualquer associação com a resolução da sintomatologia ao fim dos doze meses após a primeira consulta.

Porém, o mesmo estudo também revelou que o principal factor associado aos maus resultados, entendendo-se como mau resultado um ou mais dias de absentismo no último mês, é a emoção negativa (mal estar, aversão) que o médico sentiu, face ao doente, na primeira consulta. Este facto coloca o problema de eventualmente ser a personalidade do doente o principal determinante da resolução ou não dos sintomas, ou seja, o tipo de personalidade do doente que provoca o sentimento de aversão no médico, de tal modo que o leva a ser displicente no trabalhar as emoções do doente, determina também um comportamento desadaptado do doente com a sua *entourage* social, que leva à perpetuação dos problemas psicossociais, que poderão estar na base das cefaleias e da sua manutenção. Esta hipótese é corroborada pelo facto de se ter verificado uma correlação altamente significativa entre, por um lado, a percepção do doente de que o médico lhe tinha dado oportunidade de discutir as cefaleias e sentimentos associados e, pelo outro, o sentimento positivo despertado pelo doente no médico, na primeira consulta¹⁶⁹.

No entanto, outros estudos de Fitzpatrick e Hopkins¹⁷⁰, igualmente em doentes com cefaleias, mas numa consulta de Neurologia, confirmam a correlação positiva entre bom controlo dos sintomas e grau de satisfação dos doentes, com a consulta, avaliada à saída desta.

Recorrendo a outro tipo de problema de saúde para avaliar o impacto da qualidade da relação médico-doente verificou-se uma associação entre, por um lado, a expressão pelas suas próprias palavras das queixas do doente e o fornecimento de informação por parte do médico e, por outro, a redução da pressão arterial diastólica¹⁷¹.

No hospital John Hopkins¹⁷², de Baltimore, os médicos da consulta externa de Medicina Geral foram distribuídos por 2 grupos: experimental e controlo. O grupo experimental de médicos participou numa sessão tutorial única, de 1 a 2 horas. Antes desta sessão de formação procedeu-se à avaliação dos doentes daquela consulta tendo-se evidenciado elevados níveis de ignorância dos doentes sobre o que era a hipertensão, elevada percentagem de doentes não aderentes à terapêutica e de doentes com tensão arterial não controlada.

Nesta sequência, nas sessões de formação, nas quais participava apenas um ou dois médicos de cada vez, estabelecia-se um diálogo com o tutor que abordava os temas da hipertensão, sua terapêutica, problemas de adesão e necessidade de alterar as actividades dos médicos face aos resultados observados naquela avaliação.

As variáveis dependentes consideradas no presente estudo para avaliar o impacto desta formação foram para os médicos as expectativas que tinham em relação à adesão do doente e para os doentes:

- 1) As características pessoais dos doentes;
- 2) O nível de conhecimentos e crenças;
- 3) O grau de adesão;
- 4) O grau de controlo tensional.

A avaliação realizada pos-intervenção revelou maior adesão à terapêutica nos doentes dos médicos do grupo experimental, não se verificando diferença quanto à adesão à dieta ou às consultas de seguimento.

Os médicos do grupo experimental tinham menores expectativas que os do grupo de controlo, quanto à adesão à medicação e às consultas de seguimento. Curiosamente, os médicos de ambos os grupos tinham idênticas expectativas quanto ao grau de cumprimento com a dieta que por sua vez eram concordantes com a realidade verificada junto dos doentes.

Os doentes do grupo experimental apresentavam níveis, estatisticamente superiores, de conhecimentos sobre terapêutica, dieta, complicações da hipertensão e consequências da paragem da medicação hipotensora.

O mais revelador deste estudo é que os doentes seguidos pelos médicos do grupo experimental tinham uma maior proporção de controlados que os do grupo controlo. Diferença esta estatisticamente significativa e que se traduzia por 69% dos doentes do grupo experimental com tensão arterial dentro dos níveis desejados contra os 36% observados no grupo controlo.

Outros estudos têm confirmado o impacto da comunicação adequada sobre os níveis de tensão arterial em doente hipertensos. Schulman¹⁷³ recorrendo ao princípio de que o envolvimento activo dos doentes na equipa terapêutica é um determinante do sucesso do tratamento, define um índice que reflecte a quantidade de orientações emitidas para o doente, considerado como agente terapêutico activo. Este índice tem em consideração a participação activa do doente, a partilha do processo de decisão, o diálogo com simetria de poder e a informação clara e concisa tendo em consideração a utilidade dessa informação para o doente. Estes parâmetros foram traduzidos num indicador designado de índice APO (*Active Patient Orientation*) determinado com base num questionário aplicado aos doentes. Os resultados mostraram que 40% dos doentes no tercil inferior de APO tinham tensão arterial dentro dos limites controlados, enquanto que essa percentagem subiu para 70% nos doentes no tercil superior. Mesmo quando foram considerados todos os doentes, a percentagem dos que tinham índices APO no terço superior continuava a ser estatisticamente superior, de 50% para 70% de controlados. Este impacto é maior do que se consegue com qualquer fármaco hipotensor e demonstra bem a importância do **fármaco médico**. A intervenção psicológica em doentes diabéticos melhora o controlo da diabetes do tipo 1, particularmente nas crianças e adolescentes, conforme os resultados da meta-análise de 21 ensaios aleatorizados e controlados¹⁷⁴.

Lilly e outros¹⁷⁵, utilizando um outro tipo de intervenção, que se baseava na comunicação com o doente e seus familiares, colocaram em evidência a importância da comunicação como determinante de saúde ou na redução do impacto da doença. Os seus trabalhos, realizados numa unidade de cuidados intensivos de um hospital de cuidados terciários de Boston, consistiram na instituição de um programa designado de comunicação intensiva, definido como um processo coordenado e pro-activo de comunicação. Este processo começava com um encontro multidisciplinar entre os prestadores de cuidados onde partilhavam entre si o plano de cuidados e os objectivos de intervenção para o doente. A este encontro sucedia-se um outro informal com o doente e a

sua família onde estes eram escutados depois de convidados a expressar o que sabiam sobre a situação do doente e, a partir da reacção a esta questão, gerava-se uma oportunidade de inter-relação que permitia trabalhar os sentimentos, as condições sociais e os valores do doente e da sua família.

Estas sessões tinham como objectivos:

- Rever os factos médicos e as opções de tratamento;
- Discutir as perspectivas do doente quanto à morte e ao morrer, dependência crónica, perda de função e aceitabilidade dos riscos e desconforto de cuidados críticos;
- Acordar um plano de cuidados;
- Acordar quanto aos critérios de sucesso ou da falência do plano no momento de o julgar.

Os indicadores de resultados considerados foram o tempo de internamento e a mortalidade nos 12 meses seguintes à intervenção. Os parâmetros de impacto foram comparados com os valores antes e depois da intervenção, tendo-se verificado que a média do tempo de internamento reduziu-se de 4 para 3 dias. Por outro lado, a mortalidade passou de 33,3%, antes da intervenção, para 22,7%, no ano de início da intervenção, e depois estabilizou nos 18%, valores que se mantinham mesmo 4 anos depois.

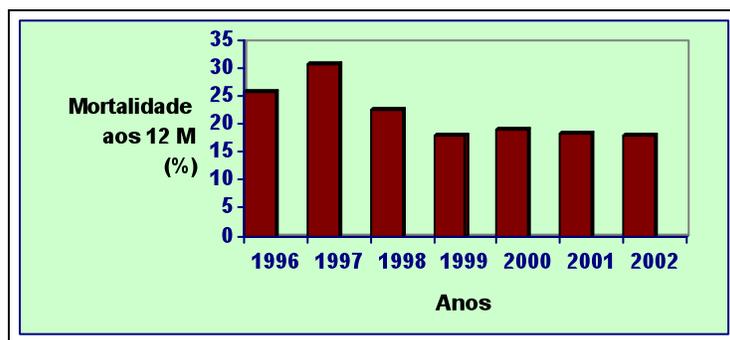


Fig. 26. Mortalidade aos 12 meses (Lilly et al,2003).

A associação entre treino dos internos na abordagem psicossocial e maior nível de satisfação dos utentes, a que Lilly e outros se referem, é confirmada com internos de medicina familiar e medicina interna por outros autores¹⁷⁶.

Debra Roter e outros¹⁷⁷, recorrendo a consultas audio-gravadas, classificaram 537 consultas quanto ao estilo de comunicação. Para esta classificação foi utilizada o Sistema de Análise da Interação de Roter (*Roter Interaction Analysis System*) que é uma forma de codificar a consulta tendo em consideração as categorias referentes aos conteúdos da consulta (biomédicos e psicossociais), à afectividade (positiva e negativa) e ao processo (de facilitação ou de orientação). Com este sistema obtiveram 5 padrões comunicacionais em consulta:

- Estritamente biomédico, caracterizado por reduzido tempo a abordar tópicos psicossociais quer do médico (2%) quer do doente

(5%) para além da maior parte da informação dada pelo médico (27%) e pelo doente (70%) ser de natureza biomédica. Por outro lado, a maior parte do tempo é utilizada pelo médico (19%) a colocar perguntas. A proporção de unidades de tempo dispendidas com problemas biomédicos e psicossociais é de 14:1. A dominância nítida do médico é um dos elementos definidores do modelo de comunicação **paternalista**;

- Biomédico expandido, é muito sobreponível ao anterior embora exista uma abordagem moderada de problemas biomédicos e psicossociais em que a proporção de tempo gasto com tópicos biomédicos e psicossociais é de 3:1;
- Biopsicossocial, caracterizado pelo maior equilíbrio entre assuntos biomédicos e psicossociais com mais tempo ocupado nos temas psicossociais e menos questões por parte do médico. A proporção de tempo ocupado com assuntos biomédicos e psicossociais é de 2:1. Corresponde a um nível baixo de controlo por parte do médico permitindo a negociação e traduzindo o modelo de comunicação de **mutualidade ou cooperativo**.
- Psicossocial, de todos os padrões é este que apresenta um maior domínio de assuntos psicossociais com uma proporção de tempo gasto com assuntos biomédicos e psicossociais de 1:1. Aqui as perguntas do médico ao doente estão reduzidas ao mínimo e o médico tem, predominantemente, um comportamento positivo (ou de confirmação) e dá o menor número de orientações. Este é um modelo que permite um aprofundamento dos temas psicossociais, a utilização da auto-revelação e a expressão das emoções, onde o médico desempenha papéis de **amigo e terapeuta**;
- Consumista, caracteriza-se por uma baixa frequência de questões colocadas pelo médico (10%) e um número relativamente elevado de perguntas colocadas pelo doente (6%) e a mais elevada, entre todos os padrões, percentagem de tempo ocupado com informações do médico (43%). O médico funciona como consultor com as suas competências de perito técnico fornecendo **informação factual**.

Depois da aplicação de diversos testes estatísticos, verificaram que os níveis máximos de satisfação eram muito maiores com o padrão de comunicação definido como psicossocial e com diferença estatisticamente significativa em relação a todos os outros, contudo, a frequência destas consultas era inferior a 10%.

Os índices de maior insatisfação estavam associados às consultas estritamente biomédicas e esta insatisfação era, igualmente, para os doentes e para os médicos. Curioso é os médicos acharem que estes eram doentes com dificuldade em fornecer história, com fornecimento de dados de má qualidade e que usavam mal o tempo do médico.

Os médicos consideraram as consultas “consumistas” como as de maior satisfação, embora a sua frequência também fosse inferior a 10%.

A mesma autora do estudo anterior (Roter *et al.* 2006) encontrou indícios que os médicos com comportamentos não verbais de maior emocionalidade (expressividade facial, contacto visual, postura, facilitações e tom de voz) têm maior probabilidade de ser vistos com maior agrado pelos seus doentes. Para além disso, estes comportamentos tendem a estar associados a maiores níveis de satisfação do paciente, melhor utilização dos serviços de saúde, adesão às consultas marcadas e estado funcional.

Avaliar o que os médicos, com formação no modelo biopsicossocial, fazem de diferente dos que não tiveram essa formação é outra metodologia possível de estudar o impacto da comunicação. Margalit *et al.*¹⁷⁸. verificaram que os médicos submetidos a um programa de formação sobre o modelo biopsicossocial prescreviam menos medicamentos, requisitavam menos exames complementares, faziam muito menos referenciações, ofereciam muito mais aconselhamento psicossocial e geravam melhores índices de satisfação com a consulta. Estas diferenças significativas foram encontradas comparando indicadores pré e pós formação ou com médicos de grupo controlo. As consultas dos médicos com formação eram mais longas mas, a média de aumento, não ultrapassava os 60 segundos.

Bogner *et al.*¹⁷⁹ demonstraram que a abordagem da depressão em diabéticos reduz a mortalidade em 50% ao fim de cinco anos, quando comparamos com diabéticos em que não foi tido em consideração o tratamento da depressão. Entre as razões possíveis está o facto demonstrado de que a depressão reduz a adesão à terapêutica.

Prestar apoio psicológico a mulheres com neoplasia da mama aumenta o seu bem-estar quando comparadas com outras mulheres sem apoio psicológico. Melhoram na função física, têm menos sintomas da doença e menos efeitos adversos dos tratamentos. Parece que a mudança comportamental, através do controlo emocional, é mais importante que as alterações imunológicas no controlo dos sintomas e do estado funcional¹⁸⁰. De qualquer modo a literatura da psiconeuroimunologia já é muito vasta (ver Trilling¹⁸¹ e respectiva bibliografia) e demonstra a validade da intervenção biopsicossocial, assumindo a complexidade do ser humano, sem complicar a sua abordagem e o seu conhecimento através do reduccionismo a partes que, estudadas isoladamente, levam a conclusões simplistas inúteis e mesmo desintegradoras da pessoa, enquanto ser único e indivisível.

**10.
A CONSULTA,
O TEATRO OPERATÓRIO DA
MEDICINA FAMILIAR**

“Tal como o pintor se constrói no diálogo com a tela, também o médico de família se transforma e é transformado através da consulta.”

10. A NOBREZA TÉCNICA DA CONSULTA

O profissional de saúde tem na consulta a oportunidade máxima para aplicar os seus conhecimentos técnicos, a sua capacidade de se relacionar com o outro e a sua arte de transferir informação técnica em linguagem culturalmente adaptada ao entendimento do doente.

A consulta é, então, um acto da maior exigência técnica apelando à totalidade de aptidões do profissional. No entanto, o advento da tecnologia e o dualismo cartesiano associados ao dogmatismo científico de que só o mensurável é objectivo e só o que é medido é isento de subjectividade e, logo, mais verdadeiro do que o não medido, levaram ao desprezo pela consulta e à desvalorização do fenómeno transaccional que nela ocorre. Os números, os exames complementares de diagnóstico, as máquinas, passaram a ser mais válidos para a caracterização da realidade que as palavras ou as pessoas com as suas emoções, ideias e sentimentos.

A realidade explicada com base no subjectivo não existe pelo que o seu conhecimento é inútil, uma perda de tempo, sobretudo se tivermos a noção de que a nossa obrigação profissional se limita a cumprir tarefas.

O advento da tecnologia traz consigo uma certa aristocracia entre procedimentos técnicos, levando a que alguns actos passem a ter valor “social” superior e a definir o estatuto social do seu executor. Um exemplo é a evolução da representação social do cirurgião á medida que a tecnologia evoluiu nomeadamente a anestesia e a assepsia.

Á medida que a tecnologia se desenvolveu, a consulta, a actividade basilar de toda a medicina, foi desvalorizada. O valor passou a estar na capacidade de utilizar tecnologia. O profissional apaixona-se pelos seus próprios instrumentos tecnológicos e passa a ser mais admirado pela sua capacidade de se relacionar com a máquina que com as pessoas. O doente deslumbra-se com o aparato tecnológico, pelo digital, pelo que está para lá do profissional e, acreditando que a máquina é muito mais fidedigna que o homem, desvaloriza a incomparável capacidade de adaptação do profissional.

O médico de família e uma plêiade de muitos outros profissionais de saúde caracterizam-se pela sua capacidade de adaptar os seus conhecimentos e procedimentos à individualidade de cada um dos seus clientes. Para o médico de família, a sua tecnologia é intrínseca, vale por si e pela capacidade de se relacionar com os seus doentes. Os profissionais, mais dependentes da tecnologia, literalmente os técnicos, valem pela tecnologia extrínseca e pela sua capacidade de manusearem (uma forma particular de relação) os instrumentos tecnológicos.

A desvalorização da consulta levou a que os profissionais descurassem o seu estudo, não se desenvolvesse a investigação nesta área e ignorassem o seu impacto na saúde e na resolução dos sintomas e problemas dos doentes.

Ao longo desta obra, procurou-se salientar a nobreza da consulta salientando que, embora seja o acto mais universal e mais antigo na prestação de cuidados de saúde, é o de maior exigência técnica e de conhecimentos por parte do

profissional, começando pelo conhecimento mais difícil e doloroso, o conhecer-se a si próprio (auto-conhecimento).

Esta exigência da consulta não é compatível com a falta de respeito evidenciada por todos os agentes que descuidam as suas condições de trabalho, deixando-as realizar em ambientes impróprios para este acto nobre. Consultas realizadas em locais que parecem mercados públicos, interrompidas a todo o momento, por qualquer motivo, por todos (incluindo os próprios médicos) e por todos os meios (telefones, portas que se abrem, discussões à porta, etc.).

A consulta exige tranquilidade, interior e exterior, e, como tal, deve ser respeitada como um acto cirúrgico. De facto o acto cirúrgico e a consulta têm muitos paralelismos e devem merecer idênticos cuidados. O sucesso da intervenção cirúrgica depende da “arte” do cirurgião e da qualidade técnica dos profissionais de apoio, a consulta de medicina familiar depende da “arte” do médico de família, da sua capacidade de se utilizar como instrumento terapêutico, e depende igualmente da qualidade técnica dos profissionais de apoio. Ao médico de família não basta saber *fazer* e quando *fazer* é imprescindível também saber *ser* e quando *ser*. O médico de família deve trabalhar em equipa multidisciplinar, em que cada elemento sabe claramente o seu papel na equipa, dentro do princípio da flexibilidade e aceitação da mudança contínua, de forma a adaptar-se às exigências das necessidades das populações servidas. Na cirurgia, o teatro de intervenção é o bloco operatório, em medicina familiar é o gabinete de consulta. Os locais de consulta devem ser tranquilos, respeitados como locais de trabalho onde se tomam decisões que têm a ver com a vida e a morte de pessoas, minimamente agradáveis de modo a propiciar ao doente condições que lhe inspirem confiança em períodos de vulnerabilidade. Os conhecimentos nucleares para o acto cirúrgico são a cirurgia e a medicina, enquanto que a consulta exige conhecimentos de medicina, comunicação e auto-conhecimento. A auto-consciência do profissional e seu auto-conhecimento é o mais difícil e doloroso de todos os conhecimentos. É um conhecimento que exige uma procura *ad libitum*, humildade e uma constante exposição, abertura aos outros, actividade transparente, reflexão sobre a retro-informação e o desejo constante de melhorar associado à crença de que é sempre possível fazer melhor. **Tenhamos a humildade de nos deixar ensinar pelos nossos doentes.** Em cirurgia, utilizam-se técnicas cirúrgicas enquanto que na consulta de medicina familiar se recorre a técnicas comunicacionais e psicoterapêuticas (Quadro XII).

A relação está para a medicina familiar assim como ao bisturi está para a cirurgia, pelo que a formação em Medicina Geral e Familiar exige grande investimento nas áreas comunicacionais, aconselhamento e até psicoterapêuticas devendo constituir a coluna vertebral do internato, para além de ser uma área de imprescindível atenção ao longo de toda a vida profissional. A tranquilidade é vital para o sucesso da consulta, tal como a assepsia é para a cirurgia. Finalmente, se o cirurgião se lava, desinfecta e veste roupa adaptada ao acto cirúrgico, isto é, procede a uma descontaminação biológica, também o médico de família se deve lavar e vestir adequadamente (diria mesmo, paramentar) para o acto que vai desempenhar, analisar as suas condições

emocionais e, quando necessário, proceder à descontaminação emocional. Tal como o cirurgião e todos os profissionais da equipa cirúrgica se preocupam com a possibilidade da contaminação biológica do bloco operatório, de modo a não surgir qualquer infecção que possa aniquilar a possibilidade de êxito cirúrgico, também o médico de família e toda a sua equipa se devem preocupar com a possibilidade de uma contaminação emocional aniquilar a relação terapêutica com as consequências nefastas para o cliente.

Quadro XI. *Acto cirúrgico vs consulta.*

CARACTERÍSTICA	CIRÚRGIA	CONSULTA
Sucesso depende	Da “arte” do cirurgião. <i>Habilidade de usar o bisturi.</i>	Da “arte” do CG <i>Habilidade de se usar a si próprio.</i>
Conhecimentos nucleares	Medicina Cirurgia	Medicina Comunicação Auto-conhecimento
Técnicas	Cirúrgicas	Comunicacionais/ psicoterapêuticas
Habilidades	Cirúrgicas	Comunicacionais
Instrumento de base	Bisturi	Relação
Exigência para o êxito	Assepsia	Tranquilidade
Condições prévias	Descontaminação biológica	Descontaminação emocional
Teatro de intervenção	Bloco operatório	Gabinete de consulta

A consulta é o procedimento central da actividade do médico de família, teatro para a sua máxima realização como profissional. Em cada consulta, tem uma oportunidade de colocar em prática todo o seu potencial de conhecimento técnico, de muito largo espectro. Nela transforma e é transformado. Através dela realiza-se e exprime-se, tal como o pintor se realiza e exprime através da tela. O pintor parte para cada tela na esperança de realizar a sua obra-prima, no final, contempla a sua obra, mais uma vez constata que está longe da perfeição e entrega-se a outra, tentando fazer melhor que na anterior. O médico de família inicia cada consulta ambicionando fazer a sua obra-prima e, no final, contempla-a para aprender com o que fez e para se entregar à consulta seguinte, um pouco mais maturo na sua técnica, desejoso de fazer melhor que na anterior. Assim, vai de consulta em consulta, na procura da sua obra-prima, na senda da excelência, acreditando que é sempre possível melhorar. Tal como o pintor se constrói no diálogo com a tela, também o médico de família se transforma e é

transformado, através da consulta, evoluindo para a realização máxima como médico e, acima de tudo, como ser humano, sendo esta uma condição necessária, mas não suficiente, para a excelência do desempenho profissional.

Para terminar gostaria de vos deixar um excerto do discurso do Pequeno Pluma para o povo de Pennsville (*in* Eran Kroband. *Pequeno Pluma*. Editorial Bizâncio. Lisboa, 2003).

**“Conheçam-se a si mesmos,
sejam vocês mesmo e
sejam sempre orgulhosos daquilo que são”.**

O Médico de Família, como profissional de saúde, que baseia a sua actividade na relação deve ter em consideração que é condição básica o auto-conhecimento, por certo o mais difícil de todos os conhecimentos, por ventura até o mais doloroso, porque o obriga a confrontar-se com a sua natureza humana. Por outro lado, a construção da convicção, de modo honesto, na confrontação com os outros, que faça sentir-se seguro de si próprio e do que aconselha aos seus doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Watzlawick P, Beavin J H e Jackson D D. *A Pragmática da Comunicação Humana*. Editora Cultrix, São Paulo 2001.
- ² Fernandez E. *Interrupções na Consulta do Médico de Família*. Comunicação Livre ao 10º Congresso Nacional de Medicina Familiar, Covilhã, 24/27 de Setembro de 2005.
- ³ Borrell i Carrió. *Manual de Entrevista Clínica para la Atención Primaria de Salud*. Ediciones Doyma, Barcelona 1989.
- ⁴ Fiske J. *Introdução ao Estudo da Comunicação*. Edições ASA, 1999.
- ⁵ Tavares F. *O Mundo da Família*. Laboratórios Bial, 1995.
- ⁶ Pearce W B. *Interpersonal Communication. Making Social Worlds*. Harper Collins College Publishers Inc. Nova Iorque, 1994.
- ⁷ Lopes HJS. *Da Pedagogia dos Valores ao Ensino da Ética e da Comunicação Relacional. De Uma reflexão a propósito da formação dos Médicos Dentistas em Portugal*. Edição do Autor, 2001
- ⁸ Watzlawick P. *A Realidade É Real?* Relógio de Água, 1991.
- ⁹ Popper K P. *O Conhecimento e o Problema Corpo-Mente*. Edições 70, Lda, 1997.
- ¹⁰ McWinney I R. *Porqué necesitamos un nuevo método clínico*. In *Un Nuevo Modelo Medico – Bases Teóricas y Prática. Simposium Internacional em Atención Pruímaria*. Unidade Docente M.F. y C. Córdoba 1992.
- ¹¹ WONCA. *The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A Statement from Wonca*, 1991.
- ¹² Jamouille M e Roland M. *Quaternary Prevention and the Glossary of General Practice/Family Medicine*. Hong-Kong Wonca Classification Committee, 1995.
- ¹³ Jamouille M, Roland M. *Champs D'Action, Gestion de l'Information et Formes de Prévention Clinique en Médecine Générale et de Famille*. Louvain Med 2003; 358-65.
- ¹⁴ Wonca International Classification Committee. *Wonca Dictionary/Family Practice*. Editado por Niels Bentzen. Manedsskrift for Praktisk Leagegering, Copenhagen 2003.
- ¹⁵ Ashworth M, Godfrey E, Harvey K, Darbishire L. *Perceptions of psychological content in the GP consultation – the role of practice, personal and prescribing attributes*. Family Practice 2003; 20:373-5.
- ¹⁶ The JNC 7 Report. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. JAMA 2003; 289:2560-72.
- ¹⁷ Magee M. *The Evolution of the Patient-Physician Relationship in the United States: Emancipation, Empowerment, and Engagement*. Pfizer Medical Humanities Initiative 2002.
- ¹⁸ Bem, D. *Errors and biases in our perception of selfe and others*. In *Aquém e Além do Cérebro*. 4º Simpósio da Fundação Bial. Fundação Bial, Porto 2002, pg 49-72.
- ¹⁹ Argyle M. *The role of non-verbal communication in relationships, happiness and religion*. In *Aquém e Além do Cérebro*. 4º Simpósio da Fundação Bial. Fundação Bial, Porto 2002, pg 73-87.

-
- ²⁰ DiMatteo MR, Hays R. *The significance of patients' perceptions of physician conduct: A study of patient satisfaction in a family practice center.* Journal of Community Health 1980; 6:18-33.
- ²¹ Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. *A Model of Empathic Communication in the Medical Interview.* JAMA 1997; 277: 67-82.
- ²² Kernisk J, Tusek-Bunc K, Glas, KL, Poplas- Susiè, Jamsek, VV. *Does wearing a white coat or civilian dress in the consultation have an impact on patient satisfaction?* European Journal of General Practice 2005; 11:356.
- ²³ Gil F. *A Convicção.* Campo das Letras - Editores, S.A., 2003.
- ²⁴ Dossey L. *Palavras Que Curam. O Poder da Oraçao e a Prática da Medicina.* Ed. Sinais de Fogo, 2001.
- ²⁵ Neighbour R. *The Inner Consultation. How to develop an effective and intuitive consulting style.* MTP Press Limited, Londres, 1991.
- ²⁶ Ribeiro JLP. *Psicologia da Saúde.* ISPA, 1998.
- ²⁷ Taylor S, Field D. *Sociology of Health and Health Care.* Blackwell Science, 1997.
- ²⁸ Morgan M. *The Doctor-Patient Relationship. In Sociology as applied to Medicine.* W.B.Saunders company Ltd, Londres 1991, pg 47-62.
- ²⁹ Cardoso M. *Componentes não-verbais da relação médico-doente.* Psiquiatria Clínica 1980; 1:65-8.
- ³⁰ Engel G L. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.* Science 1977; 137:535-44.
- ³¹ Borrell i Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. *The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry.* Annals of Family Medicine 2004; 6:576-82.
- ³² McWhinney I. *Textbook of Family Medicine.* Oxford University Press 1986.
- ³³ Wylie JL, Wagenfeld-Heintz E. JHQ 138 – *Development of Relationship-Centered Care.* 2004. Disponível em:
http://www.nahq.org/journal/ce/article.html?article_id=168
- ³⁴ McWhinney I. *Porqué necesitamos de un nuevo método clínico?* Simpósium Internacional en Atención Primaria. Córdoba, 9 e 10 de Outubro de 1992.
- ³⁵ Stewart M. *Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience.* British Journal of General Practice 2005; 55:793-801.
- ³⁶ Setwart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney I, McWilliam, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method.* Radcliffe Medical Press Ltd 2003.
- ³⁷ Yalom I. *Quando Nietzsche Chorou.* Colecção Saída de Emergência, Edições Fio da Navalha, Parede 2005.
- ³⁸ The MaGPl Research Group. *Do patients want to disclose psychological problems to GPs?* Family Practice 2005; 22:631-7.
- ³⁹ Watzkin H. *The Politics of Medical Encounters. How patients and doctors deal with social problems.* Yale University Press, Londres 1991.
- ⁴⁰ Kickbusch IS. *Health literacy: addressing the health and education divide.* Health Promotion International 2001; 16 (3):289/97.
- ⁴¹ Safer RS, Keenan J. *Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients.* Am Fam Physician 2005; 72:463-8.

-
- ⁴² Rothman RL, DeWalt DA, Malone R, Bryant B, Shintani A, Crigler B et al. *Influence of Patient Literacy on the Effectiveness of a Primary Care-Based Diabetes Disease Management Program*. JAMA 2004; 292:1711-6.
- ⁴³ Vogli R, Chandola T, Marmot MG. *Negative aspects of close relationships and heart disease*. Arch Intern Med 2007; 167(18):1951-7.
- ⁴⁴ Scott JG, Crommet P. *The Face of Cancer*. Ann Fam Med 2003; 1:52-4.
- ⁴⁵ McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. *Discussing Spirituality With Patients: A Rational and Ethical Approach*. Ann Fam Med 2004; 2:356-61.
- ⁴⁶ Kuyck WGE, Wit NJ, Kuyvenhoven MM. *Do doctors pay attention to the religious beliefs of their patients? A survey amongst Dutch GPs*. Family Practice 2000; 17:230-2.
- ⁴⁷ Juckett G. *Cross-Cultural Medicine*. Am Fam Physician 2005; 72:2267-74.
- ⁴⁸ Blanchard J e Lurie N. R-E-S-P-E-C-T: *Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care*. J Fam Practice 2004; 53(9). Disponível em: http://www.jfampract.com/content/2004/09/jfp_0904_00721.asp
- ⁴⁹ Searight HR, Gafford J. *Cultural Diversity at the End of Life: Issues and Guidelines for Family Physicians*. Am Fam Physician 2005; 71:515-22.
- ⁵⁰ Lopes M. “*Americanos acreditam mais nos “media”, mas aceitam censura*”. Público, 2 de Dezembro de 2001, p. 53.
- ⁵¹ Johnson T. *Shattuck Lecture – Medicine and the Media*. N Engl J Med 1998; 339(2):87/92.
- ⁵² Duncan N. *Light the blue touchpaper and stand well clear*. BMJ 1996; 313:432
- ⁵³ Saraiva C. *Entrevista. Imprensa trata suicídio de forma desastrosa*. Visão, 6 de Dezembro de 2001.
- ⁵⁴ Cialdini RB. *Influência. A psicologia da persuasão*. Sinais de Fogo, Lisboa 2008.
- ⁵⁵ Coutinho AC. *Dicionário Enciclopédico de Medicina* (3ª ed.). Argo Editora, Lisboa, 1978.
- ⁵⁶ Hargreaves I. “*Maps of misunderstanding*”. *Who’s Misunderstanding. An inquiry into the relationship between science and the media*” Economical & Social Research Council (ESRC), 2000. <http://www.esrc.ac.uk/whom/whofirst.html>.
- ⁵⁷ Policinski G. “*Conference participants urge cooperation between journalists, scientists*”. Worlds Apart, 1998. <http://www.freedomforum.org/templates/document.asp?documentID=7652>.
- ⁵⁸ Stevenson FA, Kerr C, Murray E, Nazareth I. *Information from de Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective – a qualitative study*. BMC Family Practice 2007; 8:47. DOI:10.1186/1471-2296-8-47.
- ⁵⁹ McCray AT. *Promoting Health Literacy. Application of Information Technology*. J Am Med Inform Assoc 2005; 12:152-163. DOI 10.1197/jamia.M1687.
- ⁶⁰ Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrière MO. *Shared Decision Making in the Medical Encounter: Are We All Talking about the Same Thing?* Med Decis Making 2007; Sept:539-546. DOI: 10.1177/0272989X07306779.
- ⁶¹ Simpson M, Bukman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D. *Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement*. BMJ 1991; 303:1385-7.

-
- ⁶² Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. *Do patients with unexplained physical symptoms pressurize general practitioners for somatic treatment? A qualitative study.* BMJ, doi:10.1136/bmj.38057.622639.EE (published 31 March 2004)
- ⁶³ Andén A, Andersson SO, Rudebeck CE. *Satisfaction is not all – patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study.* BMC Family Practice 2005; 6:43. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/43>
- ⁶⁴ Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. *Shared decision-making not for all.* J Gen Intern Med 2005; 20:531-5.
- ⁶⁵ Merenstein D, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. *An Assessment of the shared Decision Model in Parents of Children With Acute Otitis Media.* Pediatrics 2005; 116:1267-75.
- ⁶⁶ Tracy CS, Dantas GC e Upshur REG. *Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians.* BMC Family Practice 2003; 4:6. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/4/6>
- ⁶⁷ Stevenson FA, Gerrett D, Rivers P, Wallace G. *GPs' recognition of, and response to, influences on patients' medicine taking: the implications for communication.* Family Practice 2000; 17:119-123.
- ⁶⁸ Brown JB, Weston WW, Stewart M. *The Third Component finding common ground.* In Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method. Radcliffe Medical Press Ltd 2003, pg.83-99.
- ⁶⁹ Marinker M, Blenkinsopp A, Bond C, Britten N, Feely M, George C et al. *From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking.* Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London 1997.
- ⁷⁰ Britten N. *Patients' expectations of consultations.* BMJ 2004; 320:416-17.
- ⁷¹ Cushing A, Metcalfe R. *Optimizing medicines management: From compliance to concordance.* Therapeutics and Clinical Risk Management 2007;3(6):1047-58.
- ⁷² Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change.* The Guilford Press, Nova Iorque 2002.
- ⁷³ Gilbert H, Rose D, Slade M. *The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of services users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK.* BMC Health Services Research 2008; 8:92. DOI:10.1186/1472-6963-8-92.
- ⁷⁴ Rotar-Pavlic D, Svab I, Wetzels R. *How do older patients and their GPs evaluate shared decision-making in healthcare?* BMC Geriatrics 2008; 8:9. DOI:10.1186/1471-2318-8-9.
- ⁷⁵ Mauksch LB, Dugdale CD, Dodson S, Epstein R. *Relationship; Communication, and Efficiency in the Medical Encounter. Creating a Clinical Model from a Literature Review.* Arch Intern Med 2008; 168(13):1387-1395.
- ⁷⁶ Peltenburg M, Fischer JE, Bahrs O, van Dulmen S, Brink-Muinen A. *The Unexpected in Primary Care: A Multicenter Study on the Emergence of Unvoiced Patient Agenda.* Ann Fam Med 2004; 2:534-40.
- ⁷⁷ Sturmberg JP. *Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs.* Family Practice 2000; 17:16-20.
- ⁷⁸ Hjordahl P, Borchgrevink. *Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations.* BMJ 1991; 303:1181-4.

-
- ⁷⁹ Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. *Qualitative study meaning of personal care in general practice*. BMJ.com 2003; 326:1310.
- ⁸⁰ Morgan ED, Pasquarella M, Holman JR. *Continuity of Care and Patient Satisfaction in a Family Practice Clinic*. J Am Board Fam Pract 2004; 17:341-6.
- ⁸¹ Cheraghi-Sobi S, Hole AR, Mead N, Whalley D, Roland M. *What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities*. Ann Fam Med 2008;6:107-115. DOI: 101370/afm.816.
- ⁸² Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. *The doctor/patient relationship and its effect upon outcome*. The Journal of the Royal College of General Practitioners 1979; 29:77-82.
- ⁸³ Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL. *Communication Patterns of Primary Care Physicians in the United States and The Netherlands*. J Gen Intern Med 2003; 18:335-42.
- ⁸⁴ Catherine H, Gunn J. *Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice. A systematic literature review*. BMC Health Services Research 2007; 7:71. DOI: 10.1186/1472-6963-7-71.
- ⁸⁵ Rost K, Humphrey J, Kellecher K. *Physician management preferences and barriers to care for rural patients with depression*. Arch Fam Med 1994; 3:409-414.
- ⁸⁶ Camasso MJ, Camasso AE. *Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers*. Soc Sci Med 1994; 38:733-48.
- ⁸⁷ Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. *Time and the patient-physician relationship*. JGIM 1999; 14(sup11):34-40.
- ⁸⁸ Tamblyn R, Berkson L, Dauphinee WD, et al. *Unnecessary prescribing of NSAIDs and the management of NSAIDs-related gastropathy in medical practice*. Ann Intern Med 1997;127:429-38.
- ⁸⁹ Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M et al. *"I want more time with my doctor": a quantitative study of time in the consultation*. Family Practice 2004; 21(5):479-483.
- ⁹⁰ Pollock K, Grime J. *Patient's perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study*. BMJ 2002; 325:687-90.
- ⁹¹ Mast MS, Kindlimann A, Langewitz W. *Recipients' perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference*. Patient Education and Counseling 2005; 58:244-51.
- ⁹² Buckman R. *Communications and emotions. Skills and effort are key*. BMJ 2002; 325:672.
- ⁹³ Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Goulde C et al. *Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study*. BMJ 2001;322:1-7.
- ⁹⁴ Brito de Sá, A. *A Decisão em Medicina Geral e Familiar. Um modelo de decisão clínica tomando como exemplo a infecção genital por Chlamydia trachomatis*. Lisboa 2002.
- ⁹⁵ Martin DV. *Psychoterapy by the Non-Psychiatrist*. Proceedings of the Royal Society of Medicine 1963; 56:829-32.
- ⁹⁶ Clyne MB. *Psychoterapy by General Practitioners*. Proceedings of Royal Society of Medicine 1963; 56:1932-3.

-
- ⁹⁷ Spinelli E. *Demystifying Therapy*. PCC Books, UK 1994.
- ⁹⁸ Brown D, Pedder J. *Princípios e Prática das Psicoterapias*. Climepsi Editores, Lisboa 1997.
- ⁹⁹ Cardoso RM. *Relação Terapêutica: ciência e arte no singular. Aquém e Além do Cérebro*. Actas do 4º Simpósio da Fundação Bial. Porto 2002; Pag: 247-253.
- ¹⁰⁰ Brockman R. *Um Mapa da Mente*. Fim de Século – Edições Lda 2001.
- ¹⁰¹ Spinelli E. *Tales of un-knowing. Therapeutic encounters from an existential perspective*. PCCS Books, Ross-on-Wye 2006.
- ¹⁰² Rapport F, Doel MA, Wainwright P. *The Doctor's Tale. Enacted Workspace and the General Practitioner*. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 2007; 9(2), Art.2. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs080227>.
- ¹⁰³ Gillian R, Jenny I, Jacques M. *Enhancing a primary care environment: a case study of effects on patients and staff in a single general practice*. Royal College of General Practitioners 2008; 58(552):e1-e8(1).
- ¹⁰⁴ Balint M, Balint E. *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Éditions Payot & Rivages. Paris 2006.
- ¹⁰⁵ Stoeckle JD. *The Clinical Encounter. A Guide to the Medical Interview and Case Presentation*. Mosby, Inc. 1999.
- ¹⁰⁶ Stewart M, Brown J B, Weston W W, McWhinney I R, McWilliam C L, Freeman T R. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method (2ª ed)*. Radcliffe Medical Press, Abingdon 2004.
- ¹⁰⁷ Morgan M. *The Doctor-Patient Relationship*. In *Sociology as applied to Medicine*. W. B. Saunders Compant Ltd, London 1997.
- ¹⁰⁸ Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *A Consulta. Uma Abordagem à Aprendizagem e Ensino*. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, 1993.
- ¹⁰⁹ Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The new Consultation. Developing Doctor-Patient Communication*. Oxford University Press, Oxford 2004.
- ¹¹⁰ Larsen J H, Risor O, Putnam S. *P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice*. Family Practice 1997; 14:295-301.
- ¹¹¹ McKinstry B. *Should general practitioners call patients by their first names?* Br Med J 1990; 301:795-6.
- ¹¹² Smith R. *Thoughts for new medical students at new medical school*. BMJ 2003; 327:1430-3.
- ¹¹³ Gilliéron E. *A Primeira Entrevista em Psicoterapia*. Climepsi Editores, Lisboa 2001.
- ¹¹⁴ Hall JA, Roter DL, Katz NR. *Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters*. Med Care 1988; 26:657-75.
- ¹¹⁵ Wright EB, Holcombe C, Salmon P. *Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study*. BMJ, doi:10.116/bmj.38046.771308.7c (published 30 March 2004).
- ¹¹⁶ Beckman HB, Frankel RM. *The effect of physician behavior on the collection of data*. Ann Intern Med 1994; 101:692-6.
- ¹¹⁷ Blau JN. *Time to let the patient speak*. BMJ 1989; 298:39.
- ¹¹⁸ Svab I, Katic M, Cuk C. *El tiempo del paciente cuando habla sin interrupciones*. Aten Primaria 1993; 11:175-7.

-
- ¹¹⁹ Marvel MK. *Soliciting the patient's agenda: have we improved?* JAMA 1999; 281:283-7.
- ¹²⁰ Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann, Wössmer B. *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort stud.* BMJ 2000; 325:682-3.
- ¹²¹ Rabinowitz I, Luzzatti R, Tamir A, Reis S. *Length of patient's monologue, rate of competition, and relation to other components of the clinical encounter: observational intervention study in primary care.* BMJ 2004; 328:501-502.
- ¹²² Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. *Speaking and interruptions during primary care office visits.* Fam Med 2001; 33(7):528-32.
- ¹²³ Van der Voort H. *What will it be...? About patients' motives for consulting their GPs.* Nederlands Hulsartsen Geneetschap 2002.
- ¹²⁴ Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. *Soliciting the Patient's Agenda.* JAMA 1999; 281(3):283-7.
- ¹²⁵ McWhinney I. *a Textbook of Family Medicine.* Oxford University Press Inc 1989.
- ¹²⁶ Lloyd M e Bor R. *Communication Skills for Medicine.* Churchill Livingstone 1996.
- ¹²⁷ Roter DL e Hall JÁ. *Physicians' Interviewing Styles and Medical Information Obtained from Patients.* J Gen Intern Med 1987; 2:325-9.
- ¹²⁸ Vieira AB. *A relação médico-doente numa perspectiva etológica.* Psiquiatria Clínica 1980; 1:13-9.
- ¹²⁹ Smedt M. *Elogio do Silêncio.* Sinais de Fogo Publicações, Lda, Cascais 2001.
- ¹³⁰ Couto M. *Um Rio Chamado Tempo, Uma Casa Chamada Terra.* Editorial CAMINHO, Lisboa 2002; pg. 149-50.
- ¹³¹ Abbass A. *Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing.* J Fam Practice 2005; 54. Disponível em:http://www.jfponline.com/content/2005/03/jfp_0305_00217.asp
- ¹³² Cape J, Barker C, Buszewicz M e Pistrang N. *General practitioner psychological management of common emotional problems (II): a research agenda for the development of evidence-based practice.* Br J Gen Pract 2000; 50:396-400.
- ¹³³ Williams N, Ogden J. *The impact of matching the patient's vocabulary: a randomized control trial.* Family Practice 2004; 21(6):630-5.
- ¹³⁴ Pacheco CS. *Bases Psicoterapêuticas na Prática Clínica.* Laboratórios Bial 1989.
- ¹³⁵ Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness.* Churchill Livingstone 1993.
- ¹³⁶ Balint M, Balint E. *Psychotherapeutic Techniques in Medicine.* Tavistock Publ. 1961.
- ¹³⁷ Borrell i Carrió F. *Entrevista Clínica. Manual de estratégias prácticas.* SemFyc Ediciones, Barcelona 2004.
- ¹³⁸ Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners.* Churchill Livingstone, 1999 (reprinted 2005).
- ¹³⁹ MacGregor K, Handley M, Wong S, Sharifi C, Gjeltema K, Schillinger D, Bodenheimer T. *Behavior-Change Action Plans in Primary Care: A feasibility Study of Clinicians.* J Am Board Fam Med 2006; 19:215-23.
- ¹⁴⁰ Covey J. *A Meta-analysis of the Effects of Presenting Treatment Benefits in Different Formats.* Med Decis Making 2007. Sept:638-55. DOI:10.1177/0272989X07306783.
- ¹⁴¹ Neale AV. *Behavioural Contracting as a Tool to Help Patients Achieve Better Health.* Family Practice 1991; 8:336-42.

-
- ¹⁴² Freeling P, Harris C M. *The Doctor-Patient Relationship*. Churchill Livingstone, 1984.
- ¹⁴³ Salinsky J, Sackin P. *What are you feeling Doctor?* Radcliffe Medical Press Ltd. 2000.
- ¹⁴⁴ Salinsky J, Sackin P. *Médicos com emoções*. Tradução de Jorge Brandão. Fundação Grunenthal, 2004.
- ¹⁴⁵ Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. *The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes*. J Gen Intern Med 2006; 21:S28-34. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x
- ¹⁴⁶ Churchland P. *What is next for philosophy?* In *Aquém e Além do Cérebro*. Actas do 5º Simpósio da Fundação Bial. Porto 2004; Pag:23-39.
- ¹⁴⁷ Flanagan O. *Destructive emotions and how we can overcome them. A dialogue with The Dalai Lama narrated by Daniel Goleman*. Mind and Life Institute, London, 2003, pg. 65.
- ¹⁴⁸ Peck MS. *O Caminho menos percorrido e mais além*. Sinais de Fogo – Publicações Lda. Lisboa 2005.
- ¹⁴⁹ Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM et al. *Doctor's emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors*. BMJ 2003; 327:185-90.
- ¹⁵⁰ Albom M. *As Terças com Morrie*. Coleção xis, livros para pensar. Público, Porto 2003.
- ¹⁵¹ Beach MC, Roter D, Rubin H, Frankel R, Levinson W, Ford DE. *Is physician self-disclosure related to patient evaluation of office visit?* J Gen Intern Med 2004; 19(9):905-10.
- ¹⁵² Malterud K, Hollnagel H. *The doctor who cried: a qualitative study about the doctor's vulnerability*. Ann Fam Med 2005; 3(4):348-52.
- ¹⁵³ Maguire P, Pitceathly C. *Key communication skills and how to acquire them*. BMJ 2002; 325:697-700.
- ¹⁵⁴ Henbest R J, Fehrsen GS. *Patient-centredness: Is it Aplicable Outside de West? Its Measurement and Effect on Outcomes*. Family Practice 1992; 3:311-17.
- ¹⁵⁵ Heisler M, Vijan S, Anderson RM, Ubel PA, Bernstein SJ, Hofer TP. *When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make?* J Gen Inetrn Med 2003; 18:893-902.
- ¹⁵⁶ Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. *Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study*.BMJ 2000;320:484-8.
- ¹⁵⁷ Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. *Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations*. BMJ 2001; 323:908-11.
- ¹⁵⁸ Bertakis KD, Roter D, Putman SM. *The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction*. J Fam Pract 1991; 32(2):175-181.
- ¹⁵⁹ Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. *The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence*. J Chron Dis 1984; 9/10:755-64.
- ¹⁶⁰ Falvo D, Tippy P. *Communicating information to patients. Patient satisfaction and adherence as associated resident skill*. J Fam Pract 1988; 26(6):643-7.

-
- ¹⁶¹ DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. *Relationship of physician's nonverbal communication skill to patient satisfaction appointment noncompliance, and physician workload.* Health Psychol 1986; 5(6):581-94.
- ¹⁶² Handley M, MacGregor K, Schlilinguer D, Sharifi C, Wong S, Bodenheimer T. *Using Action Plans to Help Primary Care Patients Adopt Healthy Behaviors: A Descriptive Study.* J Am Board Fam Med 2006; 19:224-31.
- ¹⁶³ Speedling EJ, Rose DN. *Building an Effective Doctor-Patient Relationship: From Patient Satisfaction to Patient Participation.* Soc Sci Med 1985; 21(2):115-20.
- ¹⁶⁴ Kaplan SH, Greenfield S, Ware, JE. *Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease.* Med Care 1989; 27:S110-27.
- ¹⁶⁵ Baker R. *Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients related to levels of patients' satisfaction with consultations.* Br J Gen Pract 1996; 46:601-5.
- ¹⁶⁶ Buller MK, Buller DB. *Physicians Communication Style and Patient Satisfaction.* Journal of Health and Social Behaviour 1987; 28:375-88.
- ¹⁶⁷ Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. *Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease.* British Journal of Cancer 2003; 88:658-65.
- ¹⁶⁸ Bird J, Hall A, Maguire P, Heavy A. *Workshops for consultants on the teaching of clinical communication skills.* Medical Education 1993; 27:181-5.
- ¹⁶⁹ The Headache Study Group of The University of Western Ontario. *Predictors of Outcome in Headache Patients Presenting to Family Physicians – a one year Prospective Study.* Headache 1986; 26:285-94.
- ¹⁷⁰ Fitzpatrick RM, Hopkins AP e Harvard-Watts O. *Effects of referral to a specialist for headache.* J R Soc Med 1983; 76:112-5.
- ¹⁷¹ Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L e outros. *Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control.* Health Psychol 1987; 6:29.
- ¹⁷² Inui TS, Yourtee EL, Williamson JW. *Improved Outcomes in Hypertension After Physician Tutorials. A Controlled Trial.* Annals of Internal Medicine 1976; 84:646-651.
- ¹⁷³ Schulman BL. *Active Patient Orientation and Outcomes in Hypertensive Treatment. Application of a Socio-Organizational Perspective.* Medical Care 1979; 3:267-80.
- ¹⁷⁴ Winkley K, Landau S, Eisler I, Ismail K. *Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systemic review and meta-analysis of randomised controlled trials.* BMJ 2006, DOI:10.1136/bmj.38874.652569.55.
- ¹⁷⁵ Lilly CM, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF. *Intensive communication: Four-year follow-up from a clinical practice study.* Crit Care Med 2003; 31:S394-99.
- ¹⁷⁶ Smith RC, Lyles JS, Mettler JA, Marshall AA, Van Egeren LF, Stoffelmayr BE, Osborn GG e Shebroe V. *A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study.* Acad Med 1995; 70(8):729-32.

-
- ¹⁷⁷ Roter DL, Stewart M, Putman SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. *Communication Patterns of Primary Care Physicians*. JAMA 1997; 277:3506.
- ¹⁷⁸ Margalit APA, Glick SM, Benbassat J, Cohen A. *Effect of a biopsychosocial approach on patient satisfaction and patterns of care*. J Gen Intern Med 2004;19:485-91.
- ¹⁷⁹ Bogner HR, Morales KH, Post EP, Bruce ML. *Diabetes, Depression and Death. A randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT)*. Diabetes Care 2007; 30(29):3005-10.
- ¹⁸⁰ Andersen BL, Shelby RA, Golden-Kreutz DM. *RCT of psychological intervention for patients with cancer: I. mechanisms of change*. J Consult Clin Psychol 2007; 75(6):927-38.
- ¹⁸¹ Trilling JS. *Psychoneuroimmunology: validation of the biopsychosocial model*. Family Practice 2000; 17:90-93.