

# MEDICINA FAMILIAR

Suplemento à edição de «Tempo Medicina» n.º 991, de 20 de Outubro de 2003

**Precedendo o 8.º Congresso Nacional de Medicina Familiar, que teve lugar no Auditório da Universidade do Minho, em Guimarães, decorreu, no passado dia 27 de Setembro, o 2.º Encontro Nacional de Internos de Medicina Geral e Familiar. Neste suplemento, damos conta de duas das principais mesas-redondas do Encontro: «Comunicação e Consulta» e «Sistemas de Informação na Prestação de Cuidados de Saúde»**

## Sofrimento por comunicação deficiente

A questão surgiu num debate sobre «Comunicação e consulta», no âmbito do 2.º Encontro Nacional de Internos de MGF, onde a médica do CS de Odivelas reiterou que a comunicação com o doente pode ser negativa, levando a «muito sofrimento induzido por comunicação deficiente».

A Dr.ª Isabel Galriça Neto, que falava sobre «Situações problemáticas de comunicação na consulta», começou por lembrar que «para estarmos ao lado dos que nos procuram, é preciso considerar as suas múltiplas necessidades», ou seja, «os serviços de saúde colocam-nos a etiqueta de médicos e nós temos muito mais do que médicos e doentes». Mais: «Se eu considero só as necessidades físicas daquele que está à minha frente, sou um mau produto - é como, de repente, por sermos médicos, deixásemos de ser pessoas...». E foi aqui que a preleitora questionou: «Acham que comunicamos bem?», e «Porquê comunicar melhor?». Explicou, então, que o tipo de comunicação pode provocar aspectos «completamente prejudiciais» e que se reflectem nos próprios médicos. De mais a mais, como disse, os doentes queixam-se («não se sentem ouvidos, não recebem informação, sentem falta de respeito e falta de preocupação pelas pessoas»), mas se se melhorar a comunicação, a situação modifica-se: «Aumenta-se a compreensão e os doentes ficam mais satisfeitos, melhora-se o consentimento informado e aumenta-se a adesão ao tratamento».

Caso contrário, como referiu, a comunicação pode induzir muros, barreiras, sofrimentos. «Em última análise, quando falamos em comunicação boa é do nosso bem-estar que estamos a falar».

A médica passou então a analisar algumas situações problemáticas (transmissão de

«Será que é igual vender automóveis a homens e a mulheres?». A resposta é da Dr.ª Isabel Galriça Neto: «Não é igual. Ou conhecemos as crenças e os contextos ou estamos perante duas linhas rectas que nunca se encontram»



*«Se eu considero só as necessidades físicas daquele que está à minha frente, sou um mau produto — é como, de repente, por sermos médicos, deixásemos de ser pessoas...», observou a Dr.ª Isabel Galriça Neto*

más notícias, episódios de negação, situações em que as pessoas não querem que o familiar saiba da doença, etc.), fazendo projectar um filme, protagonizado por Emma Thompson, que expressa uma situação típica de transmissão de más notícias (relata a vivência de uma escritora, desde o diagnóstico de cancro até à sua morte). À partida, este filme parece ser «esmagador» - trata-se de um diálogo entre o médico e a doente, que fez a protagonista ficar em estado de choque, mas, ao mesmo tempo, de ânimos contidos. «Que é que vocês faziam para reformular

o diálogo?», perguntou a médica, antes de deixar uma metáfora aos internos: «Luzes de um semáforo ao lado da interacção». Deixou também uma questão aos futuros clínicos para reflexão: «Como funcionei em termos de humanização para este doente?». A médica acabaria por apresentar um protocolo para transmissão de más notícias, que se resume no seguinte: 1) começar (em ambiente adequado); 2) descobrir o que o doente sabe; 3) descobrir quando é que o doente quer saber (tiro de aviso); 4) partilhar a informação e responder aos sentimentos

dos doentes; 6) planeamento e acompanhamento.

### Comunicação não verbal

O tema «Comunicação não verbal» (segundo a Dr.ª Isabel Galriça Neto, mais de 75% da comunicação é não verbal) foi também abordado pela médica, sobretudo para sublinhar que «os doentes procuram pistas na expressão dos técnicos e retiram conclusões acerca da aceitação e da preocupação que se tem para com eles». Para debater o tema, a médica propôs um *roleplaying*, que permitiu aos participantes o treino da prática em condições de simulação (tratou-se de recriar uma situação de consulta em que uma mulher insistia em ocultar ao marido a doença dele), sem riscos consideráveis e de acordo com regras expressas. Participaram na sessão dois internos, tendo o tema («A conspiração do silêncio») girado em torno da afirmação «Eu posso saber da doença, mas ele ou ela (marido ou mulher) não pode saber».

Pretendeu-se, deste modo, «retirar aspectos positivos e negativos, e, depois, colher sugestões do tipo de comunicação, simulada, médico-familiar e, eventualmente, melhorá-la». No comentário à simulação, a médica fez notar que o dever ético «obriga o médico a ser honesto com o doente», controlando a possível «agressividade» do interlocutor, e lembrou que esta «é uma situação de todos os dias», mas, «muitas vezes, a agressividade é sintoma de sofrimento».

Numa outra abordagem, o Dr.

José Mendes Nunes, clínico do CS de Oeiras, falou de «O médico como terapêutica», insistindo na importância das áreas da comunicação. Segundo este especialista, «continuamos a ser basicamente biomédicos e, mesmo nas áreas da Saúde Mental, restringimo-nos à psicopatologia - é uma lacuna na formação do médico de família». Sugeriu, pois, «repor a pessoa» no centro da abordagem clínica: «Dêem mais importância a estes aspectos do que aos valores do electrocardiograma», disse. Aliás, como assinalou, a consulta «não é mais do que um cruzamento de perícias técnicas com habilidades comunicacionais», propondo «que cada consulta seja vista como a oportunidade de criarem a vossa obra-prima».

Garantindo que 50% dos doentes que vão à consulta de Clínica Geral «estão bem», o orador propôs ainda a reformulação do que designou «farmacologia clínica do fármaco médico», fazendo ver que «o médico em si transforma o doente... tem uma farmacodinâmica». Neste contexto, adiantou que o clínico tem que cumprir algumas condições mínimas: «Constituir um lista de problemas, consensualizar a lista de problemas com os problemas do doente, compreender a forma como o doente constrói a sua história no plano interno, no seu contexto social, familiar e cultural». E reforçou a ideia de «como a história contada pelo doente pode ser modificada».

Quanto à entrevista clínica, há que «avaliar crenças, ouvir as explicações do doente, aprender com o ele, avaliar o impacto, empatizar e atender aos sentimentos que estão associados aos problemas que afectam o doente», recomendou ainda o Dr. José Mendes Nunes.

**Manuel Morato**