

O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Uma Proposta em Prática

Irene P. CARVALHO, Raquel RIBEIRO-SILVA, Vanessa G. PAIS, Margarida FIGUEIREDO-BRAGA, Ivone CASTRO-VALE, Ana TELES, Susana S. ALMEIDA, Rui MOTA-CARDOSO

RESUMO

Tradicionalmente, a comunicação médico-doente tem sido considerada uma questão de *vocação* ou de *arte*, sendo ensinada apenas de modo assistemático e informal. Estudos recentes vieram demonstrar a importância da comunicação na prática médica. Embora competências como o saber observar, ouvir e informar sejam, hoje em dia, consideradas componentes fundamentais da Educação Médica, são também frequentemente difíceis de integrar nos *Curricula* de Medicina. No presente artigo, descreve-se o programa de Comunicação no âmbito da Relação Médico-Doente, a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto desde 2001, por iniciativa do Serviço de Psicologia Médica, em aulas práticas do 2º ano do Mestrado Integrado em Medicina. Estudos futuros permitirão avaliar a influência deste ensino/aprendizagem e da inclusão da competência de comunicação no Curso de Medicina em práticas médicas.

SUMMARY

TEACHING DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION A Proposal in Practice

Traditionally, doctor-patient communication was considered a matter of «art» and «vocation», and a topic for informal learning. Recently, studies have shown the importance of communication skills in medical practice. Doctor-patient communication skills, such as knowing how to listen, how to observe, and how to inform are today considered important components of Medical Education, although they are often difficult to integrate in Medical *Curricula*. In the current work, the authors describe the program of Communication in the Doctor-Patient Relationship, initiated in 2001 in the Medical School of the University of Porto, part of its undergraduate program. Future studies will allow us to assess the effectiveness of the learning and application of these skills in clinical practice.

I.P.C., R.R-S., V.G.P., M.F.-B.,
I.C.-V., A.T., S.S.A., R.M.-C.:
Serviço Psicologia Médica. Fa-
culdade de Medicina. Univer-
sidade do Porto. Porto

© 2010 CELOM

INTRODUÇÃO

A prática de competências de comunicação clínica é hoje internacionalmente aceite como componente essencial da aprendizagem da Medicina¹⁻⁴. Tradicionalmente, o ensino de tais competências nos currículos realizava-se de modo informal, sem focar especificamente técnicas de comunicação *per se*, considerando o papel do médico perante a pessoa doente como parte da *Arte* da Medicina e interpretando a capacidade de comunicar como uma questão de *vocação* e não como alvo de aprendizagem⁵. O crescente interesse pela comunicação no contexto da relação clínica conduziu à necessidade de tornar este tipo de aptidões parte do ensino⁶. A relação terapêutica é construída com base num conjunto de características do doente e do médico e exige a utilização de diversas competências que podem e devem ser aprendidas⁷. O saber observar, ouvir, informar, identificar sentimentos, agir adequadamente e lidar com desafios comunicacionais particulares são competências básicas essenciais à boa prática clínica. Considerada hoje aspecto fundamental da Educação Médica, a comunicação é, no entanto, uma área frequentemente difícil de integrar nos programas médicos.

Reconhecendo a importância desta componente na prática médica, o Serviço de Psicologia Médica do Curso de Medicina da Universidade do Porto tomou a iniciativa de, desde 2001, ensinar competências de comunicação, tão necessárias à construção da Relação Médico-Doente. Este artigo apresenta, assim, uma proposta, em curso há sete anos nesta faculdade, de integração da componente de comunicação na Educação Médica. Especificamente, os autores descrevem o processo de ensino/aprendizagem de competências de comunicação no âmbito da Relação Médico-Doente a decorrer nas aulas práticas da Disciplina de Psicologia Médica do 2º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

MODELO DE ENSINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO – OBJECTIVOS

O ensino da Relação Médico-Doente ocorre no âmbito das aulas práticas da disciplina de Psicologia Médica. Estas aulas são subordinadas aos dois objectivos de: (1) compreender a totalidade do indivíduo na sua situação específica e (2) considerar a importância do vivido (a *pessoa* doente, o *sofrimento* da doença e o *médico* que prescreve o tratamento). De acordo com o primeiro objectivo, estas sessões reafirmam a necessidade de o médico tomar conhecimento da interdependência de aspectos psicológicos, sociais e culturais subjacentes à doença (factores

que predisõem, precipitam, mantêm e modificam as doenças médicas), de modo a tomar decisões adequadas e oportunas. Relativamente ao segundo objectivo, estas sessões enfatizam a necessidade, por parte do médico, de: (a) tomar conhecimento e consciência do significado das suas próprias atitudes e respostas – verbais e não-verbais – durante a comunicação que se estabelece no acto clínico, de as adaptar à pessoa doente e de a elas acrescentar perícias relacionais que contribuam para uma maior eficácia do processo terapêutico e (b) tomar consciência, reconhecer e saber lidar com as reacções – verbais e não-verbais – da pessoa à doença, incluindo possíveis expressões afectivo-emocionais.

Os dois objectivos referidos são interdependentes, de modo que a informação acerca do doente e da sua situação (primeiro objectivo) é obtida no contexto de uma relação que se pretende terapêutica (segundo objectivo). O aluno aprende assim a recolher informação sobre: (a) motivo(s) que leva(m) o doente à consulta e história destas situações, incluindo antecedentes pessoais, problemas relacionados, antecedentes familiares, respectivas circunstâncias e tratamentos, (b) vivência subjectiva do(s) problema(s) por parte não só da pessoa doente mas também da família e de outras figuras significativas e (c) aspectos relevantes do dia-a-dia da pessoa (em casa, no trabalho/ocupação e nos momentos de lazer), redes de suporte social (família, amigos) e aspectos marcantes da vida presente e passada (infância, adolescência e idade adulta). Forma-se, deste modo, e de acordo com o primeiro objectivo, o enquadramento da pessoa doente, alargando-se *os agentes de doença a outros níveis de complexidade (trabalho, família, comunidade, etc.)* (8: 49).

Esta informação é obtida no contexto de uma Relação Médico-Doente que privilegia, simultaneamente, por parte do médico, *a postura atenta, disponível e compreensiva e a capacidade de ajuda desinteressada, responsável e auto-consciente* (8: 43), que vão de encontro ao segundo objectivo definido e que tornam a entrevista terapêutica.

O encontro médico-doente faz-se, então, com base na utilização de competências relacionais e comunicacionais que permitem o cumprimento das três funções da entrevista clínica: obter informação, proceder à intervenção terapêutica e construir uma relação com o doente conducente ao cumprimento das tarefas anteriores. Tais competências fazem da própria entrevista parte da cura. Contribuem, assim, para o sucesso terapêutico porque levam a uma maior adesão, por parte do doente: (a) ao processo de exploração da história das suas doenças com o médico, o que assegura uma informação mais completa e precisa, facilitando o processo de gerar hipóteses sobre doente e doen-

ça^{9,10}; e (b) à terapêutica, que passa a basear-se no respeito e confiança mútuos, bem como na compreensão mútua de ideias, valores e sentimentos¹¹.

Praxis

O ensino praxeológico da Relação Médico-Doente dirigido a estes objectivos é um ensino baseado no *treino do papel e sua incorporação* e na *tutoria do acto médico* (8: 41). As sessões práticas, de uma hora e meia por semana, destinam-se ao exercício individual da Relação Médico-Doente de acordo com o seguinte formato:

- Numa fase inicial, os alunos adquirem competências relacionais médico-doente *necessárias à arte de curar (iatria)* (8: 43), praticando-as em situações de *role-playing* com *troca de papel* com um hipotético doente (personificado por um colega de turma). No final de cada sessão, procede-se à discussão metaclínica dos aspectos inerentes à relação estabelecida, à compreensibilidade do doente, da doença e do médico e à atitude ou resposta deste.

Nesta fase inicial, o ensino estrutura-se à volta dos seguintes temas:

- Introdução à Entrevista Clínica
- Abrir a Sessão
- Recolher Informação
- Fechar a Sessão
- Atender à Comunicação Não-Verbal
- Melhorar a Recolha da Informação
- Estruturar a Entrevista e Construir a Relação em simultâneo

- Numa segunda fase, cada aluno realiza uma entrevista clínica com um doente ambulatório real. Esta entrevista é apresentada em aula e sujeita à discussão metaclínica dos mesmos aspectos referidos acima.

- Os alunos praticam ainda situações tipificadas através de *role-playing* com *troca de papel* com um hipotético doente (personificado por um colega de turma).

As situações tipificadas abordadas são:

- Comunicar más notícias
- Lidar com emoções fortes
- Luto
- Consulta médica com a criança/adolescente
- Comunicar com a família

Cada tema inicia com uma introdução que compreende apresentação teórica e utilização de vídeos ilustrativos das diversas situações a aprender e a praticar. Todo o material de estudo é colocado na *internet*, para acesso prévio dos alunos às aulas. Este material inclui o conjunto dos pontos-chave, sistematizados em folha separada, relativos a cada tema (anexo I), assim como uma lista de verificação de competências (anexo II). Os pontos-chave

e a lista de verificação ajudam a reter as ideias principais das aulas e permitem ter sempre presentes os *gestos* concretos a utilizar numa entrevista clínica (isto é, as competências a adquirir e a usar numa Relação Médico-Doente terapêutica) e praticá-los. O preenchimento total da lista de verificação significa que o aluno praticou/utilizou todos os *gestos* da entrevista. Adicionalmente, é aplicada uma grelha dirigida à atitude com que cada aluno executou os *gestos* durante o encontro médico-doente (por exemplo, a atitude de escuta atenta e de compreensão empática). O objectivo final destas aulas é a prática e, inerentemente, o conhecimento, compreensão da relevância e aquisição das competências de comunicação, bem como de uma atitude, em contexto médico, conducente a um adequado atendimento ao doente.

CONCLUSÃO

O crescente reconhecimento da importância que assume a comunicação na Relação Médico-Doente leva à necessidade de sensibilização, tomada de consciência e conhecimento efectivo desta componente do tratamento clínico, por parte de médicos, estudantes de medicina e seus formadores. Neste artigo, apresentou-se uma forma de integrar o ensino de competências clínicas de comunicação, fundamentais para a Relação Médico-Doente, no currículo universitário do Mestrado Integrado de Medicina, de modo a que futuros médicos saibam como conduzir uma entrevista clínica de forma eficaz, do ponto de vista da recolha de informação e do estabelecimento de uma relação terapêutica que assegurem processos de diagnóstico e de tratamento adequados a cada doente. Os primeiros alunos de Medicina com frequência nesta disciplina de Psicologia Médica focada em competências de comunicação encontram-se a iniciar a sua prática profissional. Futuros estudos servirão para avaliar a influência deste tipo de ensino, e da inclusão da competência de comunicação no curso de Medicina, nas práticas médicas de diferentes clínicos.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a Sara Rocha, do Serviço de Psicologia Médica, por toda a colaboração prestada.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. SIMPSON M, BUCKMAN R, STEWART M et al: Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991;303:1385-7
2. General Medical Council: Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education. London: GMC 1993
3. World Federation for Medical Education: Proceeding of the world summit on medical education. *Med Edu* 1994;28(Suppl 1):1-149
4. Association of American Medical Colleges: Report 3: Contemporary Issues of Medicine: Communication in Medicine. Washington, DC: AAMC 1999
5. MERYN S: Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity. *BMJ* 1998;27;316:1922-30
6. TEUTSCH C: Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003;87(5):1115-45
7. YEDIDIA MJ, GILLESPIE CC, KACHUR E et al: Effect of communication training on medical student performance. *JAMA* 2003;290(9):1157-65
8. MOTA CARDOSO R: Relatório de Índole Pedagógica para o Ensino da Psicologia Médica. Porto: FMUP 2000
9. BARTLETT EE, GRAYSON M, BARKER R, LEVINE DM, GOLDEN A, LIBBER S: The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall, and adherence. *J. Chronic Dis* 1984;37:775-764
10. LAZARE A, PUTNAM SM, LIPKIN M JR: Three functions of the medical interview. In M Lipkin Jr, SM Putnam, A Lazare (eds). *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York: Springer-Verlag 1995;pp. 3-19
11. STEWART M, BROWN JB, WESTON WW, MCWHINNEY IR, MCWILLIAM CL, FREEMAN TR: *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications 1995

ANEXO I
Exemplo de Pontos-Chave de um Tema

	TRISTEZA	MEDO	RAIVA
1. REFLEXÃO			
• Notar a tristeza	«Parece triste, desanimado, em baixo...»	«Parece apreensivo, preocupado.»	«Parece zangado. Terei feito alguma coisa que o perturbou?»
• Convidar a explicar	«Pode dizer-me o que o está a perturbar?»	«Pode dizer-me o que o preocupa nesta doença?»	
2. VALIDAÇÃO			
	«Perder o emprego deve ser muito perturbador.»	«A experiência da quimioterapia é assustadora para os doentes.»	«Eu compreendo que...»
	«Deve ser terrível perder um filho.»		«Qualquer pessoa ficaria irritada por estar à espera tanto tempo.»
3. SUPORTE			
	«Os últimos meses de vida da sua mulher foram mesmo difíceis.»	«Está a lidar com muito neste momento.»	«É difícil preocupar-se tanto e sentir que não controla os acontecimentos.»
4. ALIANÇA			
	«Vamos ver o que podemos fazer para o ajudar a sentir-se melhor.»	«Quaisquer dificuldades que vier a ter para lidar com esta doença veremos os dois quais as melhores soluções.»	«Vamos ver se há outra maneira de lhe darmos uma resposta sem ir contra o que a equipa decidiu.»
5. RESPEITO			
• Pela força e recursos demonstrados	«Estou impressionado pela força com que tem conseguido lidar com a sua perda.»	«E está a lidar bem com tudo isso.»	«Embora preferisse que aceitasse a recomendação da equipa, respeito que necessite de aconselhar a sua mãe.»

© <http://webcampus.drexelmed.edu/doccom>

ANEXO II

Exemplo de uma Lista de Verificação de Competências

FORNECER ESTRUTURA À ENTREVISTA CLÍNICA	<input checked="" type="checkbox"/>
Fazer a agenda.	
Introduzir um tema.	
Clarificar.	
Sumariar.	
Verificar.	
Direccionar e redireccionar temas.	
Indicar e explicar as mudanças de tema.	
Encerrar a entrevista.	

© <http://webcampus.drexelmed.edu/doccom>