

"... good communication is important not only because it relates to specific outcomes of care, but because it is the core of what makes medicine a human endeavour."

Stein, Frankel & Krupat, p. 11, 2005

A primeira referência conhecida às qualidades terapêuticas da relação médico-paciente é atribuída a Hipócrates, médico grego, que em 400 a. C. escreveu: *"Alguns pacientes, embora conscientes de que o seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu contentamento para com a humanidade do médico."* (DiMatteo & DiNicola, 1982). Em 1955, Baling reafirmou a importância desta relação defendendo que a droga mais eficaz na prática médica era o próprio médico (Baling, 1955). Este autor abriu caminho para o reconhecimento de que a qualidade da comunicação profissional de saúde-paciente influencia a qualidade dos cuidados de saúde em geral. Contudo, durante muito tempo, o efeito terapêutico da relação médico-doente foi apenas baseado na literatura de cariz mais filosófico, sendo descrita como a *arte da medicina*, claramente distinta da *ciência médica* baseada em resultados de investigação científica (Bensing & Verhaak, 2004). Só a partir dos anos 90, através de um vasto leque de investigações, conduzidas por profissionais das mais diversas áreas da saúde, foi possível demonstrar que a arte da medicina pode ser transformada em ciência (Bensing & Verhaak, 2004; Kurtz, Silverman & Draper, 2005). Actualmente, alguns autores consideram mesmo que as competências comunicacionais constituem o domínio das aptidões médicas acerca do qual existe mais evidência científica (Kurtz, Silverman & Draper, 2005).

É hoje largamente aceite que a promoção da relação médico-paciente conduz ao incremento na qualidade dos cuidados de saúde. Especificamente contribui para melhorar o processo de entrevista médica, facilita a compreensão e memorização das recomendações médicas e, conseqüentemente, aumenta a adesão, diminui sintomas físicos (Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer & Greitemann, 2009; Haes & Bensing, 2009) e aumenta a satisfação do utente (Clever, Levinson & Meltzer, 2008; Dibbelt et al., 2009; Haes & Bensing, 2009). Finalmente, a comunicação eficaz, ao permitir a detecção precoce de

problemas e reduzir os tempos de internamento diminui os custos associados aos cuidados de saúde (Kurtz, Silverman & Draper, 2005).

As actuais mudanças na sociedade exigem importantes alterações na forma como é encarado o papel dos profissionais de saúde (Deccache & Ballekom, 2010; Schofield, 2004; Taylor, 2009). A autoridade do médico, a quem cabia o papel de tomar todas as decisões, está gradualmente a ser substituída por um modelo de partilha da tomada de decisão entre o profissional de saúde e o paciente (Bensing et al., 2000; Reynolds, 2005; Okamoto, 2007). A contribuir para esta mudança, pode-se elencar um conjunto de factores, tais como: o interesse crescente por questões éticas (Stewart et al., 2006); a centração na vida da pessoa e não apenas no seu corpo (Bensing et al., 2000; Bensing & Verhaak, 2004); a ênfase na autonomia do paciente (Bensing et al., 2000; Schofield, 2004); a modificação dos padrões de doença, nomeadamente, com o predomínio de doenças crónicas (Bensing & Verhaak, 2004; Potter & McKinlay, 2005; Schofield, 2004), cuja gestão depende em grande medida do paciente (Bensing et al., 2000; Corney, 2000); e o maior acesso à informação por parte destes (Bensing & Verhaak, 2004; Corney, 2000; Kreps & Neuhauser, 2010; Potter & McKinlay, 2005; Stewart et al., 2006; Taylor, 2009).

1. Problemas de comunicação nos profissionais de saúde

"If you can't communicate, it doesn't matter what you know."

Gardner, 1982, citado por Kurtz, Silverman e Draper, 2005

Existem hoje evidências de que os profissionais de saúde não comunicam eficazmente (Corney, 2000; Burnard & Morrison, 2005; Davis & Fallowfield, 1991; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Macdonald, 2004; Maguire & Pitceathly, 2002; Reynolds, 2005; Teixeira, 2000). Apesar de todos os avanços verificados na medicina, no decurso do último século, as pessoas manifestam grande descontentamento com muitas das suas interações com

os profissionais de saúde. Frequentemente, os pacientes e os seus familiares referem que a ênfase na alta tecnologia dos tratamentos mais modernos resulta em experiências de desumanização muito desagradáveis (Davis & Fallowfield, 1991; Klitzman, 2007; Reynolds, 2005). Os relatos mais surpreendentes acerca da desumanização e falta de empatia dos cuidadores têm vindo a ser efectuados por médicos que, de forma inesperada, se depararam no papel de doente (p.e., Klitzman, 2007).

Acrescente-se ainda que, os progressos na medicina conduziram, no mundo ocidental, a um aumento da esperança média de vida. Este aumento traduziu-se num acréscimo significativo no número de pessoas que actualmente vivem com doenças crónicas. A manutenção da qualidade de vida nestes doentes depende directamente do fornecimento de suporte psicossocial e do encorajamento de utilização de estratégias de confronto adequadas por parte dos profissionais de saúde. Como facilmente se compreende, a centração exclusiva nos parâmetros biomédicos não permite que estes factores sejam considerados (Davis & Fallowfield, 1991; Schofield, 2004).

Uma parte considerável da insatisfação dos utentes com a qualidade dos serviços de saúde diz directamente respeito ao desempenho comunicacional do profissional de saúde (Berry, 2007; Chant et al., 2002a; Fallowfield & Jenkins, 1999; Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009; Okamoto, 2007; Potter, Gordon & Hamer, 2003b; Teixeira, 2000). Efectivamente, o número de pacientes que se mostra insatisfeito com a relação médico-doente tem vindo a aumentar (Kurtz, Silverman & Draper, 2005). A título de exemplo, refira-se que as queixas apresentadas, todos os anos, pelos pacientes ao *British National Health Service Ombudsman* referem-se, maioritariamente, a falhas comunicacionais dos profissionais de saúde, e não a questões de natureza biomédica (Reid, 1993). Phillips (1996) realizou uma investigação com 320 pacientes de obstetrícia e ginecologia e observou a existência de uma correlação elevada entre a qualidade da comunicação e os níveis de satisfação das pacientes. A comunicação ineficaz, *i.e.*, demonstração de insensibilidade perante a condição da paciente, utilização de jargões médicos e relutância em fornecer informação ou responder de forma evasiva às questões directas

acerca da patologia, conduzia a elevados níveis de insatisfação por parte das pacientes.

O sentimento de insatisfação leva a que o paciente se sinta mais relutante em verbalizar as suas preocupações e a sua vulnerabilidade, esteja menos relaxado. Consequentemente, o paciente encontrar-se-à com mais dificuldade de se concentração no essencial para a sua reabilitação e menos receptivo em aceitar os conselhos do profissional de saúde (Schofield, 2004). A insatisfação pode ainda induzir o paciente a deixar de recorrer ao profissional de saúde que o acompanhava até então (Davis & Fallowfield, 1991; Roter & Hall, 2006) ou mesmo a procurar consultas noutros serviços de saúde (Corney, 2000; Schofield, 2004; Teixeira, 2000). Este processo conduz, invariavelmente, a atrasos no tratamento e, consequentemente, ao agravamento dos problemas de saúde (Teixeira, 2000).

Para além da insatisfação com os serviços de saúde (Allen et al., 2001; Christen, Alder & Bitzer, 2008; Davis & Fallowfield, 1991; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Lange et al., 2006; Macdonald, 2004; Roter & Hall, 2006; Trummer, Mueller, Nowak, Stidl & Pelikan, 2006), as falhas na comunicação têm consequências negativas para os pacientes de vária ordem, a saber: aumento das reacções emocionais excessivas (Allen et al., 2001; Davis & Fallowfield, 1991; Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009; Lange et al., 2006; Macdonald, 2004; Thorne, Bultz & Baile, 2005), diminuição da qualidade de vida (Allen et al., 2001; Roter & Hall, 2006; Thorne, Bultz & Baile, 2005), dificuldades na gestão dos sintomas (Macdonald, 2004; Thorne, Bultz & Baile, 2005), não adesão (Berry, 2007; Christen, Alder & Bitzer, 2008; Davis & Fallowfield, 1991; Hartog, 2009; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Lange et al., 2006; Macdonald, 2004; Mishra, Hamsen, Sabroe & Kafle, 2006; Roter & Hall, 2006), desconfiança nas recomendações médicas (Allen et al., 2001) e má prática clínica (Hartog, 2009; Macdonald, 2004; Roter & Hall, 2006). Em termos mais abrangentes, alguns autores (Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Thorne, Bultz & Baile, 2005) têm vindo ainda a destacar os custos económicos para os pacientes e para o sistema de saúde.

O elevado número de profissionais de saúde que comunicam de forma ineficaz constitui hoje um motivo de grande preocupação (Davis & Fallowfield, 1991). Contudo, os cuidadores parecem ter uma percepção bastante reduzida da sua responsabilidade nestas falhas (Hagihara & Tarumi, 2006; Levinson, Stiles, Inui & Engle, 1993; Tyson & Turner, 1999). Num estudo, realizado com mais de 1000 médicos de várias especialidades, Levinson e colaboradores (1993) verificaram que existiam vários problemas na relação médico-paciente. Quando confrontados com esta realidade, mais de 50% dos médicos atribuiu estas dificuldades às características dos pacientes. Apenas 20% dos clínicos considerou que as suas falhas em competências comunicacionais constituíam um factor relevante para os problemas na relação interpessoal com o utente.

A sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para falar com os pacientes são as razões mais apresentadas pelos profissionais de saúde para a ocorrência de uma comunicação menos efectiva. Sem surpresa, a investigação realizada na última década tem demonstrado que tal pressuposto não se verifica (Jarrett & Payne, 1995; Levinson, Gorawara-Bhat & Lam, 2000; Reynolds, 2005; Tyson & Turner, 1999). Jarrett e Payne (1995) realizaram uma extensa revisão de literatura relativa à comunicação dos enfermeiros e verificaram que estes cuidadores não utilizam os momentos em que existe maior tranquilidade no serviço para falarem com os pacientes.

Alguns estudos têm vindo a colocar em evidência que os profissionais de saúde apresentam mais falhas quando comunicam com pacientes pertencentes a minorias étnicas (Schouten & Meeuwesen, 2006; Schouten, Meeuwesen & Harmsen, 2009) e nível socioeconómico mais baixo (Blanquicett, Amsbary, Mills & Powell, 2007; Willems, Maeschalck, Deveugele, Derese & Maeseneer, 2005). Após a realização de uma meta-análise, Willems e colaboradores (2005) concluíram que os profissionais de saúde são mais directivos, utilizam menos interacções positivas e um estilo menos participativo com os pacientes de baixos recursos. Os cuidadores parecem assim desvalorizar o desejo e necessidade de informação destes pacientes, assim como a sua capacidade para participarem activamente no seu processo clínico. A gravidade do quadro clínico do paciente parece também induzir a utilização de comportamentos de inibição por parte dos profissionais de saúde (Talvitie, 2000; Zandbelt, Smets,

Oort, Godfried & Haes, 2007). Por exemplo, Talvitie (2000) constatou que, quando os pacientes se encontram deprimidos e num estado clínico mais severo, os fisioterapeutas forneciam menos *feedback* informativo do que aquele que transmitiam aos pacientes mais activos e que apresentam um bom estado geral de saúde.

As falhas de comunicação até agora mencionadas são gerais e ocorrem durante todo o processo de interacção profissional de saúde-paciente (Van Dalen et al., 2001; Ong, Haes, Hoos & Lammes, 1995). Uma revisão de literatura mais detalhada permite determinar problemas específicos para as diversas fases do encontro profissional de saúde-paciente, nomeadamente, no estabelecimento da relação interpessoal, na recolha de informação e no fornecimento de informação (Haes & Bensing, 2009; Ong et al., 1995).

1.1. Problemas na construção da relação interpessoal

"I´m not looking for sympathy. I think I want him to be aware, really, and a bit more concerned over my health and welfare".

(paciente com artrite, cit. Donovan & Blake, 2000, p. 543)

Um dos aspectos fundamentais da comunicação dos profissionais de saúde diz directamente respeito ao estabelecimento de uma relação eficaz com o paciente. Uma boa relação interpessoal constitui um pré-requisito essencial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade (Bensing, et al., 2000; Cegala, 1997; Hall, Roter, Blanch & Frankel 2009; Ong et al., 1995; Reynolds, 2005). O principal responsável por proporcionar um ambiente facilitador da relação interpessoal é, indubitavelmente, o cuidador (Joyce-Moniz & Barros, 2005). A compreensão do significado que o paciente atribui à sua situação reveste-se de extrema importância para o profissional de saúde entender as suas reacções e os seus medos (Roter & Hall, 2006). Ao cuidador, cabe a tarefa de se descentrar de si próprio e percepção a realidade do paciente, para depois, ajustar a sua actuação de acordo com essa realidade (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Infelizmente, a prática tem demonstrado que muitos profissionais de saúde evidenciam, na sua interacção com os pacientes, atitudes de centração em si próprios (Klitzman, 2007). Alguns dos exemplos mais claros destas atitudes de centração ocorrem na fase inicial da entrevista (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Efectivamente, os profissionais de saúde parecem desvalorizar a importância dos primeiros minutos do encontro (Reynolds, 2005; Silverman, Kurtz & Draper, 2005). Todavia, estes revelaram-se de extrema importância (Hall et al., 2009) e determinarem, em grande medida, a formação de juízos, que o paciente elabora, acerca de uma série de atributos do cuidador (Caetano, 1997). O negligenciar de aspectos tão básicos da comunicação, como seja, os profissionais apresentarem-se e explicarem as suas funções (Davis & Fallowfield, 1994) ou tratarem o paciente pelo próprio nome (Reynolds, 2005), assim como a demonstração de falta de tempo e impaciência (Corney, 2000; Neumann, Wirtz, Bollschweiler, Mercer, Warm, Wolf & Pfaff, 2007) ou ausência de simpatia e sensibilidade perante a situação do paciente (Corney, 2000; Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009) são exemplos de atitudes de centração do profissional de saúde em si próprio (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Estas atitudes contribuem para formação de impressões negativas do paciente face ao cuidador (e.g., cuidador distante, apressado) (Reynolds, 2005) e, conseqüentemente, induzem um sentimento de insatisfação no paciente.

A este propósito, existem hoje diversas investigações que relacionam a insatisfação do utente com a centração do cuidador nos aspectos biológicos (Silverman, Krutz & Draper, 2005). Talvitie (2000) realizou um estudo onde observou a interacção entre fisioterapeutas e pacientes. Os vídeos revelaram que a comunicação era essencialmente unidireccional, ou seja, os fisioterapeutas falavam a maior parte do tempo, ignorando a perspectiva dos pacientes. Na mesma linha, Leckie, Bull e Vrij (2006) analisaram as preferências dos pacientes face a vários aspectos da comunicação com o médico. Verificaram que a percepção de que os clínicos controlam toda a comunicação durante a consulta é o factor que mais desagrada aos pacientes. Estes preferem claramente uma interacção em que lhes seja dada

oportunidade de contribuir para a discussão, por exemplo, através do encorajamento para efectuarem questões.

Mostrar interesse pelas preocupações do paciente, demonstrar empatia e providenciar suporte sócio-emocional são alguns dos factores que têm vindo a ser apontados por diversos autores como facilitadores do estabelecimento da relação cuidador-paciente (Caris-Verhallen, Timmermans & Dulmen, 2004; Kruijver et al., 2000a; Reynolds, 2005; Schofield, 2004; Williams, Weinman & Dale, 1998). As condições necessárias para o estabelecimento da relação foram largamente descritas por Carl Rogers (1951, 1970). O pioneiro da terapia centrada no paciente defendeu a existência de três condições fundamentais para o estabelecimento da relação terapêutica, a saber, aceitação incondicional, genuinidade e empatia. A empatia permite mostrar ao paciente a compreensão que o profissional de saúde tem da sua situação (Laine & Davidoff, 1996; Lloyd & Maas, 1992; Maguire & Pitceathly, 2002; Norfolk, Birdi & Walsh, 2007; Northouse & Northouse, 1998; Rogers, 1951). A empatia é assim determinante, quer para a segurança e conforto emocional (Andrade & Grilo, 2004), quer para a melhoria na saúde do mesmo (Price, Mercer & MacPherson, 2006). Neumann e colaboradores (2007) realizaram um estudo com 323 pacientes com cancro e verificaram que a empatia do clínico funciona como um importante pré-requisito para o fornecimento de informação. Desta forma, exerce um efeito preventivo na depressão e promove a qualidade de vida dos doentes.

Apesar da evidência no que concerne à necessidade do profissional de saúde perceber a situação do ponto de vista do paciente e expressar empatia face às suas necessidades (Corney, 2000; Gard et al., 2000), os profissionais falham claramente nesta matéria (Williams, Cantillon & Cochrane, 2001). Paasche-Orlow e Roter (2003) gravaram em áudio centenas de consultas de médicos de medicina interna e de família e verificaram que a frequência de utilização de expressões empáticas e de outros comportamentos que facilitam a construção da relação (e.g., tranquilização) era muito baixa em ambas as especialidades médicas. De igual forma, Street e Millay (2001) observaram que a utilização de expressões facilitadoras de construção de uma relação de parceria (e.g., solicitar a opinião do paciente) e conversa de suporte (e.g.,

encorajamento) representavam apenas 2% do total de interações dos profissionais de saúde.

A dificuldade em expressar empatia parece ser agudizada quando os pacientes apresentam emoções negativas (Andrade & Grilo, 2004; Bylund & Makoul, 2005; Gard et al., 2000; Street et al., 2009), particularmente medo (Kennifer, Alexander, Pollak, Jeffreys, Olsen, Rodriguez, Arnold & Tulskey, 2009). Dahlgren, Almquist e Krook (2000) conduziram um grupo Balint com fisioterapeutas e verificaram que a gestão de situações de grande exigência emocional constituía uma das principais dificuldades destes profissionais. Por seu lado, Kruijver e colaboradores (2001) analisaram entrevistas entre enfermeiras e pacientes simulados que tinham recebido recentemente diagnóstico de cancro. Os autores verificaram que mais de 60% das interações dos enfermeiros eram de natureza instrumental (e.g., fornecer informação médica). A comunicação afectiva estava mais relacionada com aspectos globais (e.g., expressar acordo, parafraseamento), do que com demonstração de empatia, preocupação ou optimismo. Os pacientes simulados apresentavam-se como estando emocionalmente perturbados. Porém, os enfermeiros praticamente não utilizaram comportamentos facilitadores da expressão emocional, optando, em 88% dos casos, pela utilização de questões fechadas.

Em mais de 50% das visitas médicas, os pacientes emitem pistas, isto é, comentários acerca da sua vida pessoal e das suas emoções. Estas pistas podem surgir de forma indirecta e subtil (e.g., o paciente refere um acontecimento stressante da sua vida, após o médico mencionar que este possui a tensão arterial elevada) ou como um pedido claro de ajuda (e.g., paciente que diz que preferia morrer). Ambas as situações exigem atenção redobrada dos cuidadores e respostas apropriadas dos mesmos. Contudo, Levinson, Gorawara-Bhat e Lam (2000) verificaram que os médicos de diversas especialidades (cirurgiões, médicos de família de medicina interna), habitualmente, não respondem de forma positiva a estas pistas. Desta forma, perdem a oportunidade para expressar empatia e conhecer adequadamente a perspectiva dos pacientes. Por outro lado, quando os médicos respondem a estas pistas, na maioria das vezes, tentam prematuramente tranquilizar os

pacientes (e.g., fornecendo esperança) (Maguire & Pitceathly, 2004), sem explorar previamente os sentimentos que suscitaram aquele comentário (Levinson, Gorawara-Bhat & Lam, 2000; Maguire & Pitceathly, 2004).

Parece, pois, que os profissionais de saúde possuem falta de competências para lidar com os problemas mais difíceis e as emoções mais excessivas do paciente, e que estas falhas os levam a utilizar estratégias de distanciamento (Fallowfield & Jenkins, 1999; Gard et al., 2000; Kruijver et al., 2001; Maguire e Faulkner, 1988; Maguire & Pitceathly, 2004). Maguire e Pitceathly (2002) designaram estas estratégias de *comportamentos de bloqueio*. Entre estes comportamentos, encontram-se a focalização exclusiva nos aspectos médicos, mudar de assunto, oferecer um conselho directo antes do problema central ter sido identificado e a tentativa de tranquilizar o paciente rapidamente através da utilização de clichés (e.g., “Não se preocupe.”, “Seja positivo.”).

O evitamento de pistas emocionais ocorre frequentemente nas situações em que o cuidador tem medo de perder o controlo da situação, *i.e.*, receia que a exploração dos sentimentos desencadeie reacções emocionais excessivas no paciente com as quais o profissional não saberia lidar (Levinson, Gorawara-Bhat & Lam, 2000; Maguire & Pitceathly, 2004). Para além disto, existe uma ideia generalizada entre os profissionais de saúde de que a exploração das emoções do paciente aumenta o tempo de consulta, apesar de, actualmente, existirem alguns estudos que demonstram o contrário (Levinson, Gorawara-Bhat & Lam, 2000). Por fim, os profissionais temem que, ao explorar e compreender as preocupações e emoções do paciente, se envolvam demasiado com as situações e prejudicam o seu próprio equilíbrio emocional (Maguire & Pitceathly, 2004; Reynolds, 2005; Roter & Hall, 2006; Teixeira, 2000).

Estas estratégias de distanciamento (Maguire & Faulkner, 1988; Maguire & Pitceathly, 2004) têm demonstrado ser claramente ineficazes (Allen et al., 2001; Gard et al., 2000), e até mesmo contraproducentes, quer para os pacientes, quer para os seus familiares (Fallowfield & Jenkins, 1999).

De forma inversa, o estabelecimento de uma relação em que o profissional explore as emoções do paciente e forneça explicações claras acerca da doença e opções de tratamento (Street et al., 2009) constitui a melhor forma do profissional gerir as situações complexas (e.g., dar más notícias, aplicação de tratamentos invasivos) que surgem no decurso da relação com o utente (Arranz, Ulla, Ramos, Rincón e López-Fando, 2005; Bragard, Ravazi, Marchal, Merckaert, Delvaux, Libert, Reynaert, Boniver, Klasterski, Scalliet & Etienne, 2006).

1.2. Problemas na recolha de informação

"Listen to the patient, he is telling you the diagnosis."

Osler, 1904

Apesar do desenvolvimento tecnológico ter permitido avanços significativos na realização de diagnósticos precisos, a entrevista clínica continua a ser o único instrumento através do qual, em pouco tempo, o profissional de saúde consegue aceder aos problemas do paciente. Na entrevista, o clínico faz apelo, não só aos seus conhecimentos teóricos, mas também às suas aptidões comunicacionais de modo a aceder às necessidades do paciente (Fossum & Arborelius, 2004; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Rousseau & Blackburn, 2008). A comunicação eficaz durante uma consulta constitui, provavelmente, o maior determinante da precisão e extensão da informação recolhida pelo profissional de saúde (Fallowfield & Jenkins, 1999; Roter & Hall, 1987). Alguns estudos indicam mesmo que a história do paciente contribui entre 60 a 80% para o estabelecimento do diagnóstico (Silverman, Kurtz & Draper, 2005). Estes indicadores impedem que este instrumento seja desvalorizado.

Os pacientes são, efectivamente, os especialistas nos seus próprios sintomas, cabendo, ao profissional de saúde, ouvir a sua história e compreender a sua perspectiva acerca da doença (Bensing et al., 2000, Clever, Levinson & Meltzer, 2008; Joyce-Moniz & Barros, 2005). Infelizmente, a investigação nesta área tem demonstrado que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em recolher informação relevante (Dibbelt et al., 2009, Roter &

Hall, 1987), especialmente no que concerne às maiores preocupações e expectativas do paciente (Barry, Bradley, Britten, Barber & Stevenson, 2000; Davis & Fallowfield, 1991; Roter & Hall, 2006; Roter & Larson, 2001). É comum os cuidadores fazerem perguntas para recolher a história do paciente, em vez de ouvirem a história do mesmo (Schofield, 2004). Estes constrangimentos verificam-se, igualmente, em contextos onde a relação com o utente é mais prolongada no tempo, como é o caso da fisioterapia. Duggan e Dijkers (1999) constataram que, ao longo de todo o processo de reabilitação de pacientes com lesões na coluna vertebral, a *agenda* destes últimos raramente era objecto de interesse por parte do fisioterapeuta. Resultados idênticos foram encontrados no tratamento de fisioterapia realizado com pacientes em reabilitação cardíaca após enfarte do miocárdio. Os fisioterapeutas controlavam toda a comunicação, não deixando qualquer espaço para comentários relativos aos aspectos psicológicos ou sociais da vida do paciente. Estes últimos apenas expressavam a sua aprovação perante as actividades propostas pelo profissional.

Os problemas de comunicação ocorrem igualmente nas situações em que os cuidadores duvidam das descrições que os pacientes fazem. Enquanto, para os doentes, o sintoma representa um *alerta* (Van Dalen et al., 2001; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984), para os profissionais de saúde, a queixa é encarada como algo *lógico* que deverá servir para chegar ao diagnóstico e subsequente plano de tratamento (Van Dalen et al., 2001; Ong et al., 1995). Neste sentido, Salmon e colaboradores (2006) verificaram que os clínicos gerais tendem a desvalorizar os pacientes que apresentam sintomas que não se enquadram numa interpretação exclusivamente biomédica (Salmon, Peters, Clifford, Iredale, Gask, Rogers, Dowrick, Hughes & Morris, 2006). Esta tendência para descredibilizar as queixas dos pacientes traduz-se na prestação de cuidados inadequados (Joyce-Moniz & Barros, 2005). A prescrição de doses de analgésicos inferiores às que seriam aconselháveis (Cohen, 1980), é disto um exemplo.

Frequentemente, na fase inicial da consulta, não é dada ao paciente oportunidade para se expressar abertamente (Berry, 2007; Davis & Fallowfield, 1991; Friedman, Hahn, Quigley, Kotak, Pharm, Kim, Onofrey,

Eagan & Mardekian, 2009; Zandbelt et al., 2007). Neste sentido, a avaliação cuidada dos motivos que levaram o utente a recorrer aquele serviço de saúde é claramente dificultada. Os cuidadores regulam a quantidade de informação solicitada no início do encontro e utilizam questões fechadas para controlar o discurso do paciente (Friedman et al., 2009). Não é, pois, de espantar que, como referem Maguire e colaboradores (1996), apenas uma minoria dos médicos identifique todas as preocupações dos pacientes. Em 1984, Beckman e Frankel realizaram uma investigação, cujos resultados viriam a tornar-se emblemáticos. O estudo versava sobre as dificuldades existentes na recolha de informação por parte dos profissionais de saúde. Os autores verificaram que apenas 23% dos pacientes tinham oportunidade de completar a sua queixa inicial. Em cerca de 70% das consultas, os médicos interrompiam as afirmações iniciais dos pacientes e direccionavam as questões para um problema específico. Esta interrupção ocorria, em média, dezoito segundos depois dos pacientes começarem a falar. Mais recentemente, numa replicação do mesmo estudo, Marvel e colaboradores (1999) verificaram que os médicos redireccionavam a primeira questão do paciente após vinte e três segundos do início do discurso destes. Acrescente-se ainda que, depois do clínico se focalizar numa queixa específica, a probabilidade do paciente completar as suas preocupações iniciais era muito reduzida (Marvel, Epstein, Flowers & Beckman, 1999).

Este controlo exercido sobre o discurso do paciente impede o entendimento entre médico e utente acerca do propósito da visita médica (Corney, 2000; Roter & Hall, 2006; Starfield, Wray, Hess, Gross, Birk & D'Augelli, 1981) e conduz a consequências preocupantes. Por um lado, a investigação tem apontado para a existência de uma relação negativa entre a satisfação dos utentes e o tempo dispendido pelo clínicos a recolherem a sua história (Williams, Weinman & Dale, 1998). Por outro lado, o mais usual é o cuidador centrar-se na primeira queixa do paciente. Contudo, não raras vezes, o primeiro problema mencionado pelo doente não é o principal (Corney, 2000; Marvel et al., 1999; Melo, 2005). Por último, e não menos importante, ao deixar de lado a principal preocupação do paciente dificilmente o profissional de saúde conseguirá elaborar um diagnóstico preciso (Silverman, Kurtz &

Draper, 2005) ou proceder às recomendações mais adequadas (Davis & Fallowfield, 1991; Roter & Hall, 2006).

A utilização de perguntas abertas, por parte do profissional de saúde, constitui um meio eficaz de iniciar a entrevista clínica e aceder à perspectiva do paciente (Sage et al., 2008). Num estudo realizado com pacientes com patologias agudas, Robinson & Heritage (2006) demonstraram que a utilização de perguntas abertas no início da consulta está directamente relacionada com os níveis de satisfação dos doentes. Infelizmente, a investigação no domínio da comunicação em saúde tem apontado para um predomínio da utilização de perguntas fechadas (Barry, Stevenson, Britten, Barber & Bradley, 2001; Booth et al., 1996; Cegala, 1997; Davis & Fallowfield, 1991; Kruijver et al., 2001; Melo, 1995; Roter & Larson, 2001). Roter e Larson (2001) verificaram que, mesmo em contexto de cuidados de saúde primários, 80% das questões que os médicos efectuam são fechadas e referentes a assuntos biomédicos.

Para além da recolha de informação sobre as queixas dos pacientes, é fundamental que o profissional de saúde compreenda a perspectiva que o paciente tem sobre a sua doença, assim como os sentimentos desencadeados por esta (Fossum, Arborelius & Theorell, 2002; McWhinney, 1989; Roter & Hall, 2006). Apesar disto, muitos profissionais de saúde continuam a considerar que a perspectiva do paciente, a par com a sua experiência de vida, é apenas relevante em contexto de saúde mental (Barry et al., 2001). Assim, sem surpresa, também nesta área, a investigação aponta para falhas por parte dos profissionais de saúde (Arborelius & Österberg, 1995; Barry et al., 2001; Corney, 2000; Davis & Fallowfield, 1991; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Rosenfield & Jones, 2007; Roter & Hall, 2006; Roter & Larson, 2001). Barry e colaboradores (2000) gravaram consultas de 20 médicos de clínica geral e entrevistaram os respectivos pacientes. Verificaram que, na maioria das situações em que os pacientes tentam verbalizar as suas preocupações, necessidades ou ideias, os clínicos bloqueiam ou ignoram essa comunicação. Apesar das tentativas para expressar as suas preocupações, os pacientes, especialmente os que apresentam situações crónicas, saem das consultas com questões por responder. Os autores verificaram que este

constrangimento da comunicação tinha como consequência o agravamento do estado de saúde de alguns dos pacientes.

Torna-se, assim, evidente que os profissionais de saúde tendem, deliberadamente, a evitar obter informação relativa à situação pessoal, familiar e social do paciente, incluindo a avaliação de problemas em algumas destas áreas (Arborelius & Österberg, 1995; Davis & Fallowfield, 1991; Teixeira, 2000). Refira-se ainda que o paciente a quem é negada a oportunidade de explicar as suas preocupações pode sentir-se frustrado, ressentido ou mesmo revoltado (MacDonald, 2004).

Os sentimentos negativos desencadeados por estas falhas de comunicação resultam numa troca limitada de informação entre o profissional de saúde e o paciente (Davis & Fallowfield, 1991). A informação recolhida pelo profissional de saúde é limitada, quer em quantidade, quer em qualidade. Aumenta assim a probabilidade de serem realizados diagnósticos imprecisos (Davis & Fallowfield, 1991; Roter & Hall, 2006; Macdonald, 2004; Teixeira, 2000) e propostas de tratamento inapropriadas (Davis & Fallowfield, 1991; Roter & Hall, 2006). Staiger e colaboradores verificaram que 21% dos pacientes com dores lombares discordavam em, pelo menos, um dos três aspectos abordados na consulta pelo clínico. Estes aspectos incluem a explicação para a causa do problema, o plano para elaboração do diagnóstico e o plano do tratamento (Staiger, Jarvik, Deyo, Martin & Braddock, 2005).

A existência de discrepâncias entre as percepções dos fisioterapeutas e dos pacientes foi igualmente encontrada por Perreault e Dionne (2005). Os autores analisaram as respostas, de fisioterapeutas e pacientes, a uma escala de intensidade de dor e um questionário relativo às limitações funcionais. Os resultados demonstraram que os fisioterapeutas atribuem níveis menos elevados de dor e menos limitações funcionais do que aqueles que são percebidos pelos respectivos pacientes. Estas falhas na avaliação conduzem a atrasos na recuperação física do paciente e, conseqüentemente, a um aumento de ansiedade e depressão, que, por sua vez, dificultam a adaptação do paciente à sua condição (Davis & Fallowfield, 1991; Macdonald, 2004; Teixeira, 2000).

Não é, pois, de estranhar que a percepção de que o profissional de saúde não os escuta e não considera a sua compreensão acerca da situação continua a ser uma das queixas mais frequentes dos pacientes em relação aos profissionais de saúde (Berry, 2007; Holmström & Rosenqvist, 2001). De forma inversa, Stewart (1995) verificou que o acordo entre o paciente e o médico sobre a natureza do problema e o plano de acção constitui um factor determinante para a melhoria da saúde do paciente (e.g., controlo da dor, resolução de sintomas).

1.3. Problemas no fornecimento de informação

O fornecimento de informação desempenha um papel central na comunicação em saúde (Corney, 2000; Melo, 2005). A forma como o profissional de saúde transmite a informação condiciona, em grande medida, a compreensão, que o paciente tem sobre a mesma (Christen, Alder & Bitzer, 2008; Fallowfiel & Jenkins, 1999; Farrell, Kuruvilla, Eskra, Christopher e Brienza, 2009; Melo, 2005). A adequação da informação às necessidades de cada utente contribui para aumentar a satisfação (Ley, 1988) e adesão (Melo, 2005) e reduzir sintomas psicológicos como a ansiedade (Díaz, Barreto, Galleto, Barbero, Bayés, & Barcia, 2009; Melo, 2005), assim como o tempo de recuperação após uma cirurgia (Melo, 2005).

Não podem, pois, ser objecto de indiferença, os diversos estudos que têm colocado em evidência que a maioria dos pacientes se encontra insatisfeita com a quantidade e qualidade da informação fornecida pelos cuidadores (Corney, 2000; Dibbelt et al., 2009; Fallowfiel & Jenkins, 1999; Hack, Degner & Parker, 2005; Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009; Ley, 1988; Lloyd & Maas, 1992; Melo, 2005; Quinn, Vadaparampil, Bell-Ellison, Gwede & Albrecht, 2008; Reynolds, 2005; Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher & Rowlands, 2009; Waitzkin, 1984). Maguire e colaboradores verificaram que mesmo os médicos, que tinham realizado treino específico para elaboração de entrevistas clínicas, falhavam em aspectos essenciais do fornecimento de informação. Cerca de 70% não avaliava o ponto de vista do paciente e as suas expectativas. Por seu

lado, cerca de 90% falhava em categorizar a informação e verificar a compreensão da mesma por parte do paciente (Maguire, Fairbairn & Fletcher, 1986a).

Quando fornecem informação, os profissionais de saúde fazem-no de uma forma intuitiva (Fallowfield & Jenkins, 1999) e/ou inflexível (Maguire & Pitceathly, 2002), ignorando o tipo de informação que o paciente realmente espera ou necessita (Garcia-Reyes et al., 2008; Jacquemet, Lacroix, Perrolini, Golay & Assal, 1998; Lloyd & Maas, 1992; Maguire & Pitceathly, 2002). Não raras vezes, os pacientes queixam-se que a informação foi transmitida de forma insuficiente, imprecisa e até ambígua (Teixeira, 2000). Aparentemente, estas queixas não dependem do nível sócio-cultural do indivíduo, pois Shaw e colaboradores (2009) verificaram que, mesmo pacientes com um nível de literacia razoável, sentem dificuldades em compreender a informação médica. Por seu lado, Odgen e colaboradores (2002) constataram que o fornecimento de informação é precisamente uma das temáticas acerca das quais os médicos de clínica geral e os pacientes divergem. Ao contrário dos clínicos, os utentes atribuem uma importância muito grande à informação que lhes é transmitida (Odgen, Ambrose, Khadra, Manthri, Symons, Vass & Williams, 2002).

Ao subestimarem o desejo de informação do paciente (Kindelan & Kent, 1987; Ong et al., 1995), os cuidadores falham não apenas no fornecimento de informação adequada acerca do diagnóstico, prognóstico e efeitos secundários do tratamento, mas também em verificar a compreensão do paciente acerca do que lhe foi transmitido (Davis & Fallowfield, 1991; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Farrell et al., 2009; Melo, 1995). Para além disto, não apreendem os sinais emitidos pelo paciente indicando que necessita de mais informação (Cegala, 1997; Davis & Fallowfield, 1991; Levinson et al., 2000; Reynolds, 2005; Roter & Hall, 2006). Os profissionais de saúde transmitem informação de forma rotineira sem atender ao estilo cognitivo (Melo, 2005; Teixeira, 2000), às crenças de saúde (Fossum, Arborelius & Theorell, 2002; Melo, 2005; Teixeira, 2000) e ao nível cultural do paciente (Melo, 2005; Teixeira, 2000). Torna-se assim evidente que, os cuidadores não adaptam a informação fornecida às necessidades individuais de cada doente. Embora a maior parte dos doentes deseje informação detalhada sobre a sua condição, mesmo que se

trate de más notícias (Ley, 1989; Melo, 2005; Schofield, 2004), alguns desejam maior quantidade de informação e envolvimento do que outros (Díaz et al., 2009; Melo, 2005; Schofield, 2004). Por exemplo, é habitual os pacientes com doença crónica referirem que necessitam de informação que lhes permita lidar com os aspectos do dia-a-dia e a antecipar o futuro. A informação permite, assim, aumentar a sensação de controlo do paciente e adquire um papel relevante como preventora da depressão (Reynolds, 2005).

Os estudos que examinam a comunicação em contexto de reabilitação mostram igualmente que o fornecimento de informação tende a ser negligenciado por parte destes profissionais, nomeadamente pelos fisioterapeutas (Reynolds, 2005). Tyson e Turner (1999) realizaram uma auditoria a serviços de reabilitação cardíaca em Southampton (Reino Unido). Apesar de 75% dos profissionais de saúde indicarem que tinham discutido com os pacientes, ou com os seus familiares, aspectos como o diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção da recaída, a falta de informação era um dos factores que mais contribuía para a insatisfação dos pacientes. Quando confrontados com estes dados, os profissionais de saúde mencionavam a falta de tempo como o factor chave para a escassez no fornecimento de informação. Ora, nestas situações, a falta de tempo parece ser pouco plausível. A reabilitação cardíaca decorre, invariavelmente, num extenso período temporal, onde não faltam oportunidades para que o cuidador forneça informação, de acordo com as necessidades do paciente.

Kerssens e colaboradores (1999) realizaram igualmente um estudo com fisioterapeutas e verificaram que estes profissionais fornecem instruções de forma padronizada, ou seja, não utilizam uma abordagem individualizada que considere as características e necessidades de cada paciente. A individualização das instruções tem demonstrado ser benéfica quer na promoção da adesão, quer na auto-eficácia do paciente (Kerssens, Sluijs, Verhaak, Knibbe & Hermans, 1999).

A utilização de jargões técnicos (Corney, 2000; Melo, 2005; Teixeira, 2000), paradigma da centração do profissional de saúde em si próprio, constitui outro dos problemas do fornecimento de informação. Os cuidadores parecem

esquecer-se que a maioria dos pacientes não domina a terminologia médica. Para além disto, alguns dos termos usados pelos profissionais têm um significado diferente para as pessoas em geral (e.g., depressão) (Corney, 2000). Kerr e colaboradores (2003) verificaram que 40% dos pacientes com cancro do recto consideravam que a informação que lhes tinha sido fornecida, no que concerne à natureza e prognóstico da doença, era incompreensível ou insuficiente. Estes pacientes apresentavam níveis de qualidade de vida inferiores (e.g., alterações no funcionamento social, emocional e imagem corporal) àqueles que se encontravam satisfeitos com a informação recebida (Kerr, Engel, Schlesinger-Raab, Sauer & Hölzel, 2003). Já em 1955, Jarvinen tinham demonstrado o efeito nefasto da utilização de linguagem técnica por parte de médicos num serviço de cardiologia. Os autores verificaram que, ao ser escutada, acidentalmente, pelos pacientes internados, os jardões desencadeavam reacções emocionais excessivas a ponto de contribuírem para o agravamento do quadro clínico destes últimos.

Os profissionais de saúde parecem ter ainda dificuldade em transmitir informação de forma clara (Melo, 2005), sem se mostrarem demasiado optimistas, pessimistas ou simplistas (Darragh & Krieger, 2000). Por exemplo, ao considerar que a informação a facultar poderá desencadear perturbação e angústia no paciente (e.g., fornecer uma má notícia) (Garcia-Reyes et al., 2008; MacDonald, 2004), o profissional de saúde pode optar por minimizar o impacto da notícia, simplificando a informação ou oferecendo esperança exagerada.

O tempo dispendido a fornecer informação é também revelador das omissões neste domínio da comunicação profissional de saúde-paciente. É sabido que o conhecimento e a compreensão do utente melhoram com o aumento do tempo dispendido pelo profissional de saúde na transmissão de informação (Ley, 1988; Melo, 2005). Waitzkin (1984) demonstrou que os médicos que realizavam consultas com uma duração aproximada de 20 minutos, despendiam apenas de cerca de um minuto para fornecer informação aos seus pacientes. Espantosamente, os clínicos estavam convencidos que o tempo que dedicavam ao fornecimento de informação era muito superior àquele que os investigadores efectivamente observaram. Na mesma linha, Makoul, Arntson e

Schofield (1995) gravaram, em vídeo, 271 consultas de cuidados de saúde primários e observaram uma grande discrepância entre a comunicação percebida pelos médicos e a comunicação real. Os clínicos tendiam a sobrestimar o tempo que despendiam a discutir a capacidade dos pacientes para seguir o plano de tratamento, elicitam a opinião dos pacientes sobre as prescrições médicas e discutir o risco da medicação. A maioria limitava-se a referir o nome da medicação (78,2%) e a fornecer instruções genéricas relativas à sua utilização (86,7%). Parece, pois, evidente que os profissionais de saúde têm uma consciência muito reduzida do seu desempenho no que à transmissão de informação diz respeito.

Estes resultados constituem objecto de preocupação. Por um lado, os pacientes identificam os médicos como a fonte privilegiada de fornecimento de informação sobre prescrições médicas (Makoul, Arntson e Schofield, 1995; Moore, 2008), e, por lado, o número de afirmações do médico, assim como a clareza do seu discurso, são dois dos factores que aumentam a capacidade de recordação do paciente (Ley, 1981). Ley (1997) realizou uma análise detalhada de vários estudos e verificou que os doentes recordam apenas cerca de metade da informação que lhes foi fornecida pelo profissional de saúde. Ora, é sabido que o modo como a informação é transmitida pelo profissional constitui um indicador essencial da informação recordada (Melo, 2005) e que esta condiciona a adesão do paciente ao tratamento.

Efectivamente, para além das variáveis próprias do indivíduo, só uma compreensão adequada capacita a pessoa para seguir as recomendações dos profissionais de saúde de forma apropriada e sem erros. As falhas na comunicação impedem esta compreensão e, conseqüentemente, induzem problemas graves de adesão (Davis & Fallowfield, 1991; Odgen, 1999). Por exemplo, Meichenbaum e Turk (1987) demonstraram que cerca de 50% dos pacientes não toma a medicação que o médico prescreveu, ou toma-a de forma incorrecta. Mais recentemente, Mishra e colaboradores (2006) verificaram que a comunicação ineficaz em aspectos relacionados com o modo como a medicação deve ser tomada e os efeitos secundários dos fármacos, assim como a atenção e tempo despendido pelo profissional de saúde com o utente, estavam directamente implicados com a não adesão em doentes com

tuberculose. Surpreendentemente, os médicos tendem a não considerar a *não-adesão* como uma causa possível para a ausência de resultados no tratamento (Silverman, Kurtz & Draper, 2005).

Por último, para além de utilizarem um discurso pouco claro e insuficiente, os profissionais falham em encorajar, no paciente, a elaboração de questões (Davis & Fallowfield, 1991; Macdonald, 2004; Maguire et al., 1986b; Roter & Hall, 2006; Teixeira, 2000), os pedidos de clarificação perante informações imprecisas que o paciente fornece (Bensing, Tromp, Dulmen, Brink-Muinen, Verheul & Schellevis, 2006; Davis & Fallowfield, 1991) e, em responder, de forma apropriada, às questões que estes lhes colocam (Davis & Fallowfield, 1991). Esta centração do profissional de saúde em si próprio parece ser mais comum nos cuidadores mais jovens. Numa investigação realizada com fisioterapeutas, Mead (2000) verificou que os profissionais com menos prática se encaravam a si próprios como *experts* nos tratamentos de fisioterapia e esperavam que os pacientes aderissem à sua proposta de tratamento de forma inquestionável. Desta forma, não era dado qualquer espaço ao paciente para expressar o seu ponto de vista e colocar eventuais dúvidas.

1.4. A abordagem centrada no paciente como forma de minimizar as falhas na comunicação profissional de saúde-paciente

"The quiet, obedient patient that was the hallmark of the traditional patient-physician relationship is fast becoming the exception to the norm."

Okamoto, p. 153, 2007

Como vimos anteriormente, as atitudes de centração do profissional de saúde em si próprio contribuem, em grande medida, para as graves falhas de comunicação deste com o paciente (Davis & Fallowfield, 1991; Hartog, 2009; Melo, 2005; Roter & Larson, 2001; Teixeira, 2000). Allen e colaboradores (2001) realizaram uma investigação qualitativa com mulheres jovens com cancro da mama e sugeriram que as dificuldades de interacção estavam

relacionadas com incongruências entre a prática clínica e as expectativas das pacientes. Este grupo de mulheres, e de acordo com a tendência actual da sociedade, rejeitava o paternalismo tradicional do médico e desejava ter acesso a informação e participação activa nas fases de diagnóstico e tratamento. Ao não reconhecer este desejo de maior envolvimento, os profissionais de saúde potenciavam o aumento dos níveis de ansiedade em doentes com uma patologia que, por si só, já encerra uma carga emocional elevada (Holland & Rowland, 1990; Matos & Pereira, 2002). Num estudo mais recente realizado em Espanha, Ruiz-Moral e colaboradores (2006) verificaram que a maioria dos médicos de várias especialidades utilizavam um estilo comunicacional centrado na componente biomédica. Estes clínicos mostravam-se pouco empáticos, não exploravam as emoções e expectativas do paciente e inibiam a participação deste último nas tomadas de decisão (Ruiz-Moral, Rodríguez, Torres & Torre, 2006). Efectivamente, quando a doença e respectivo tratamento adquirem um papel central, a experiência de vivência de doença por parte do paciente, assim como o direito a ser informado e participar na tomada de decisão, são claramente negligenciados (Haes, 2006).

Na abordagem centrada na doença, o profissional de saúde tem como principal objectivo chegar ao diagnóstico e tomar decisões. Para tal, os clínicos recorrem ao uso de perguntas fechadas e específicas (Davis & Fallowfield, 1991; Melo, 1995) e interrompem frequentemente o discurso espontâneo do paciente (Davis & Fallowfield, 1991). A este último cabe, assim, o papel restrito de responder às questões específicas que lhe são colocadas (Melo, 2005; Roter & Hall, 2006) e seguir as recomendações médicas (Bensing & Verhaak, 2004; Melo, 2005). A sobreavaliação da dimensão orgânica da doença e a negligência dos aspectos subjectivos do paciente têm gerado fortes críticas a este modelo (Hartog, 2009; Roter & Hall, 2006; Reis, 1998; Salmon & Hall, 2003; Sumsion, 1997). Efectivamente, ao deparar-se com um profissional de saúde que tenta controlar todo o diálogo (Furst, 1998; Roter & Hall, 2006; Schofield, 2004) e, através de sinais não verbais, demonstra ausência de disponibilidade, o utente sente-se inibido para efectuar questões e verbalizar as suas angústias (Corney, 2000; Melo, 2005; Roter & Hall, 2006; Street, Gordon & Haidet, 2007). Esta postura pode induzir o clínico a colocar

hipóteses de diagnóstico incorrectas e a fazer suposições erradas acerca das necessidades do paciente (Roter & Hall, 2006; Silverman, Kurtz & Draper, 2005). Refira-se que a percepção, por parte do paciente, de que o profissional de saúde controla todo o diálogo estabelecido tem sido associada a níveis baixo de satisfação (Roter & Hall, 2006). De forma inversa, a participação activa do paciente no tratamento, e decisões com ele relacionadas, tendem a diminuir a angústia emocional do paciente (Corney, 2000) e a aumentar a sua satisfação (Fossum & Arborelius, 2004; Mallinger et al., 2005; Ruiz-Moral et al., 2006; Williams, Weinman & Dale, 1998).

Efectivamente, a centração no paciente tem vindo a ser consistentemente associada à satisfação do utente (Abdel-Tawab & Roter, 2002; Cvengros, Christensen, Hillis, & Rosenthal, 2007; Krupat et al., 2000a,b; Little, Everitt, Williamson, Warner, Moore, Gould, Ferrier & Payne, 2001b; Mast, Kindlimann & Langewitz, 2005). Num estudo com 824 pacientes de cuidados de saúde primários, Little e colaboradores (2001a) concluíram que a maioria deseja uma relação centrada no paciente que inclui três domínios, a saber: (1) comunicação eficaz, integrando a exploração do ponto de vista do paciente acerca do seu problema e as expectativas deste para o tratamento; (2) relação de parceria, *i.e.*, estabelecimento de uma relação em que o paciente se sente compreendido e percebe o profissional de saúde como uma pessoa acessível e amigável e; (3) promoção da saúde (Little, Everitt, Williamson, Warner, Moore, Gould, Ferrier & Payne, 2001a). Mais recentemente, Christen, Alder e Bitzer (2008) analisaram duas centenas de gravações de consultas de ginecologia e concluíram que o factor que mais influenciava a satisfação e a adesão das pacientes era a utilização de competências comunicacionais centradas no paciente. Constituem exemplos destas competências, as perguntas abertas, indagar explicitamente a opinião da paciente, adaptar a linguagem à paciente, proporcionar uma atmosfera calma e de suporte e lidar com as emoções da paciente. Recorrendo igualmente à gravação de consultas, desta feita, com médicos de família, Stewart e colaboradores (2000) verificaram que a utilização de uma abordagem centrada no paciente estava associada a melhorias no estado de saúde (e.g., diminuição do desconforto, menos preocupações e melhoria na

saúde mental) e ao aumento na eficácia nos cuidados (e.g., diminuição de exames de diagnósticos e de referenciação para outros especialistas) (Stewart, Brown, Donner, McWhinney, Oates, Weston & Jordan, 2000).

Daqui ressalta o papel relevante da comunicação para a utilização de uma abordagem centrada no paciente (Bensing et al., 2000; Breen, Wan, Zhang, Marathe, Seblega & Paek, 2009; Little et al., 2001b; Street & Millay, 2001). Aliás, como referem Street & Millay (2001), uma consulta é, fundamentalmente, um processo de comunicação em que o profissional de saúde utiliza a conversa para trocar informação, partilhar os seus conhecimentos e pontos de vista, tomar decisões relacionadas com a saúde e construir uma relação de confiança.

A centração no paciente pode ser definida como *"o cuidado que é congruente com, e responsivo, às necessidades, desejos e preferências dos pacientes"* (Duggan et al., 2006). Mead e Bower (2000a), num dos artigos mais referenciados nesta área, propuseram que o conceito de centração no paciente incluía cinco dimensões: (1) adopção do modelo biopsicossocial, em oposição ao modelo biomédico; (2) compreensão do paciente enquanto um indivíduo único com os seus direitos, e não como um simples corpo com uma doença; (3) partilha de poder e de responsabilidade entre profissional de saúde e paciente; (4) construção de uma aliança terapêutica e; (5) compreensão do cuidador enquanto pessoa, e não apenas como um técnico provido de competências específicas.

Neste modelo, o profissional de saúde necessita de compreender a doença ou disfunção não apenas do seu ponto de vista, mas também da perspectiva do paciente (Aita et al., 2005; Bensing & Verhaak, 2004; Mead & Bower, 2000a; Michie, Miles & Weinman, 2003; Reynolds, 2005). Para alcançar um conhecimento profundo do significado da doença para o indivíduo é necessário aceder não apenas às suas ideias e preocupações (Bensing & Verhaak, 2004; Fossum & Arborelius, 2004), mas também aos aspectos culturais que podem condicionar as atitudes e os comportamentos do paciente (Aita et al., 2005; Bensing et al., 2000; Lamiani, Meyer, Rider, Browning, Vegni, Mauri, Moja & Truog, 2008; Okamoto, 2007; Schilder, Kennedy, Goldstone, Odgen, Hogg &

O'Shaughnessy, 2001; Teal & Street, 2009). Para além disto, o profissional de saúde necessita de partilhar o processo de decisão com o paciente (Higgs & Titchen, 2001; Mead & Bower, 2000; Payton, Nelson & Hobbs, 1998; Reynolds, 2005).

Como facilmente se pode concluir, quando comparada com a centração na doença/profissional de saúde, a comunicação centrada no paciente é mais exigente, uma vez que requer a abordagem de vários aspectos, para além dos sintomas físicos. Contudo, e contrariando uma análise mais imediatista, este facto não se traduz, necessariamente, no aumento do tempo das consultas. Abdel e Roter (2002) analisaram as gravações em vídeo de consultas de planeamento familiar de 34 médicos e 112 pacientes no Egipto e verificaram que as consultas classificadas como centradas no paciente (cerca de um terço), demoravam, em média, apenas mais um minuto do que aquelas em que o médico se centrava em si próprio.

A compreensão mútua entre o paciente e o profissional de saúde que o acompanha nem sempre é fácil. Frequentemente, os dois agentes envolvidos neste processo de comunicação possuem agendas e perspectivas distintas (Holmström & Rosenqvist, 2001; Macdonald, 2004). A utilização de uma abordagem mais centrada no paciente permite considerar as duas perspectivas e aumentar a satisfação de ambos (Breen et al., 2009; Holmström & Rosenqvist, 2001; Stewart et al., 2000). Staiger e colaboradores (2005) verificaram que, em pacientes que sofriam de lombalgia, aqueles que alcançavam um elevado nível de acordo com os médicos que os acompanhavam apresentavam maiores níveis de satisfação e melhorias mais significativas na saúde. Parece, pois, que as competências necessárias à comunicação centrada no paciente, ao promoverem o acordo entre profissional de saúde e paciente, aumentam a adesão deste último e, conseqüentemente, contribuem para melhorias na sua saúde (Breen et al., 2009).

Alguns autores (Jahng, Martin, Golin & DiMatteo, 2005; Payton, Nelson & Hobbs, 1998; Reynolds, 2005; Salmon & Young, 2005; Street et al., 2003) têm vindo a reclamar que nem todos os pacientes desejam uma relação de parceria e participação activa no seu processo de tratamento. Porém, a

comunicação centrada no paciente pressupõe que o profissional de saúde avalie as necessidades do utente e adapte a sua orientação no decurso do processo terapêutico. Por exemplo, alguns pacientes, após receberem o diagnóstico de doença oncológica, sentem-se emocionalmente perturbados e preferem que os profissionais assumam o controlo da situação. Contudo, após algum tempo, podem optar por uma participação mais activa no seu processo terapêutico (Reynolds, 2005). A flexibilidade parece ser, assim, uma dimensão fundamental, pois permite que os profissionais de saúde adequem as estratégias de comunicação às necessidades do paciente no momento (Barry et al, 2001; Lussier & Richard, 2008; Reynolds, 2005). A investigação tem demonstrado que os profissionais que apresentam atitudes mais centradas no paciente apresentam também maior flexibilidade (French, 2008; Krupat, Yeager & Putnam, 2000; Stewart et al., 2006).

2. Treino de competências comunicacionais para profissionais de saúde

"The patient-physician relationship was known to be important, but only the most august professor would have presumed to lecture to medical students or interns about it!"

Lurie, p. 465, 2001

2.1. Desafios no ensino das competências comunicacionais

A investigação tem demonstrado que a comunicação eficaz, ao possibilitar que os profissionais de saúde melhorem o seu desempenho clínico (Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Maguire & Pitceathly, 2002; Mercer, Tanabe, Pang, Gisondi, Courtney, Engel, Donlan, Adams & Makoul, 2008; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009), através da elaboração de diagnósticos mais precisos e completos e da detecção precoce de *distress* nos pacientes, produz melhorias significativas nos cuidados prestados ao paciente (Gyllensten, Gard,

Salford & Ekdahl, 1999; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Price, Mercer & MacPherson, 2006; Sage et al., 2008; Stewart, 1995; Thomas & Cohn, 2006). Os cuidadores que comunicam eficazmente conseguem ainda que os pacientes verbalizem as expectativas e emoções e revelem as suas necessidades de informação (Bensing & Verhaak, 2004). Como consequência, os pacientes apresentam índices mais elevados de satisfação (Berry, 2007; Brown, Negri, Hernandez, Dominguez, Sanchack & Roter, 2000; Ong, Visser, Lammes & Haes, 2000; Roter, Rosenbaum, Negri, Renaud, DiPrete-Brown & Hernandez, 1998) e adesão e mais baixos de ansiedade (Berry, 2007). De igual forma, quando a comunicação eficaz é concretizada, o próprio bem-estar dos profissionais de saúde é melhorado (McGilson et al., 2006; Maguire & Pitceathly, 2002), uma vez que a aquisição de competências comunicacionais diminui a vulnerabilidade dos cuidadores ao stress (Bragard et al., 2006; Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Firth-Cozens & Payne, 1999).

A partir dos anos 80, a proliferação de literatura que enfatizava o papel relevante da comunicação médico-paciente nos cuidados de saúde (Fielding & Llewelyn, 1987; Haq et al., 2004; Krupat, Bell, Kravitz, Thom & Azard, 2001; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Makoul, 2001; Roter & Hall, 2006; Silverman, Kurtz & Draper, 2005), assim como o maior acesso à informação e participação do paciente no seu processo terapêutico (Brown, 2008; Dieterich, 2007; Haq et al., 2004; Krupat et al., 2001; Lurie, 2001), contribuíram, de forma indelével, para a necessidade de ensinar competências comunicacionais à diáde paciente-profissional de saúde. Os treinamentos de competências comunicacionais para pacientes (Andersen, De Vellis & De Vellis, 1987; Cegala, 2003; Cegala, Marinelli & Post, 2000; Cegala, McCure, Marinelli & Post, 2000; Frederickson & Bull, 1995; Lawrence, 2008; Lewis, Pantell & Sharp, 1991; McCann & Weinman, 1996; Post, Cegala & Marinelli, 2001; Socha & Cegala, 1998; Tabak, 1988) revelaram-se bastante úteis, quer na melhoria do estado de saúde, quer no aumento da satisfação destes.

Em relação aos profissionais de saúde, o ensino de competências comunicacionais, nas escolas médicas, encerrava um duplo desafio. Por um lado, a tarefa *per se*, claramente distinta do ensino de competências técnicas. Por outro, a necessidade de mudança de alguns dos princípios que

sustentaram, durante décadas, a docência nas escolas de saúde (Haq et al., 2004) e que conduziram à prevalência, quase exclusiva, dos aspectos biomédicos (Chant et al., 2002b; Hulsman, Ros, Winnusbust & Bensing, 2002; Laidlaw, Kaufman, Sargean, MacLeod, Blake & Simpson, 2002; Larivaara, Taanila, Huttunen, Välsänen, Moilanen & Kiuttu, 2000; Rousseau & Blackburn, 2008) (quadro 4).

Quadro 4. Ensino das competências comunicacionais até 1990.

PRINCIPIOS SUBJACENTES AO ENSINO DAS COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS ATÉ AOS ANOS 90
(Haq et al., 2004, adaptado)
<ol style="list-style-type: none">1. As competências comunicacionais são desvalorizadas e não consideradas como ensináveis.2. Professores e estudantes assumem que as competências melhoram automaticamente com a experiência.3. As expectativas, acerca dos métodos de ensino e da respectiva avaliação, são vagas ou inconsistentes entre as várias faculdades e os diversos cursos.4. As competências introduzidas no ensino pré-graduado não são aplicáveis ou avaliadas no ensino pós-graduado.5. Os recursos e o tempo são insuficientes, quer para o ensino, quer para a avaliação de competências comunicacionais.6. Poucos docentes de ensino superior recebem treino formal no ensino e avaliação de competências comunicacionais.7. O <i>feedback</i> inconsistente dos docentes resulta em confusão e desvalorização das competências comunicacionais por parte dos estudantes.

Este desafio ficou bem expresso num estudo realizado por Langille e colaboradores, em 2001, com docentes da faculdade de medicina da Universidade de Dalhousie (Canadá). Os autores verificaram que os docentes possuíam atitudes muito positivas em relação à comunicação médico-paciente, mas falhavam no ensino e avaliação das competências comunicacionais dos seus estudantes (Langille, Kaufman, Laidaw, Sargeant & MacLeod, 2001). Corroborando estes resultados, no Reino Unido, até ao final dos anos 80, o treino de competências comunicacionais, representava menos de 5% do *curriculum* total das licenciaturas em medicina (Frederikson & Bull, 1992). A exclusão das aptidões comunicacionais do *curriculum* médico, justificava-se

não apenas pelo facto destas serem consideradas um assunto menor (*idem*), mas também porque se acreditava que estas se desenvolviam com a experiência, no decurso da vida profissional do cuidador (Haq et al., 2004; Kinnersley & Spencer, 2008; Kurtz, Silverman & Draper, 2005). De forma inversa, a investigação tem demonstrado (Chan et al., 2003; Fallowfield, Jenkins, Farewell, Saul, Duffy & Eves, 2002; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Gyllensten et al., 1999; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Roter & Hall, 2006; Sage et al., 2008; Zebiene, Svab, Sapoka, Kairys, Dotsenko, Radic & Miholic, 2002; Yudkowsky, Downing & Ommert, 2006) que, por um lado, as competências comunicacionais não melhoram com o tempo e, por outro, a experiência profissional contribui pouco para a sua aprendizagem.

Os profissionais de saúde tendem a adoptar o mesmo estilo comunicacional com todos os pacientes, independentemente das idiosincrasias destes. Estes estilos mantêm-se ao longo de toda a sua carreira. Na opinião de Yudkowsky, Downing e Ommert (2006), à medida que os profissionais de saúde adquirem experiência, ganham confiança, pois a ansiedade, habitualmente associada ao desempenho de novas tarefas, dissipa-se. Infelizmente, os cuidadores parecem interpretar este aumento de confiança como uma evidência da eficácia do seu desempenho, pelo que não sentem necessidade de modificar a forma de comunicar com os pacientes. Assim, ao contrário do que se verifica em relação aos aspectos técnicos do diagnóstico e do tratamento, onde a experiência do profissional funciona como um excelente aliado, sem treino específico em competências comunicacionais, a capacidade de comunicação dos profissionais de saúde não sofre qualquer incremento, chegando mesmo a deteriorar-se. A maior utilização do modelo centrado no profissional é disto um exemplo (Kurtz, Silverman & Draper, 2005). Confirmando este facto, Haidet e colaboradores (2002) demonstraram que os estudantes de medicina, que não tinham realizado treinos em competências comunicacionais, possuíam melhores aptidões no início da sua formação universitária do que no final desta (Haidet, Dains, Perniti, Hechtel, Chang, Tseng & Rogers, 2002). Efectivamente, os profissionais de saúde vivem numa espécie de subcultura que envolve doença e morte, adquirem uma compreensão muito detalhada do

funcionamento do corpo e das suas disfunções e utilizam uma linguagem técnica e procedimentos que estão fora do entendimento da população em geral (Sage et al., 2008). Uma vez imersos nesta subcultura, pode ser difícil manter boas competências comunicacionais (*idem*). Só através da descentração de si próprio, o profissional de saúde conseguirá aceder à perspectiva do paciente (Joyce-Moniz & Barros, 2005) que, habitualmente, não faz parte do submundo da saúde.

Tanto a evidência de que as competências comunicacionais não se desenvolvem com a experiência, como a constatação de que existem estilos comunicacionais mais eficazes do que outros (Schofield, 2004), contribuíram para criar o alicerce fundamental dos treinos de competências comunicacionais, a saber: a comunicação inclui uma série de competências básicas (Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Schofield, 2004) que podem ser aprendidas com o mesmo rigor que as ciências médicas (Aspergren, 1999; Bensing et al., 2000; Chant et al., 2002b; Hulsman et al., 1999; Hulsman & Steele, 2006; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Satterfield & Hughes, 2007; Schofield, 2004; Stewart, 1995). Estas competências precisam de ser treinadas (Hulsman et al., 1999; Schofield, 2004; Simpson, Buckman, Stewart, Maguire, Lipkin, Novack & Till, 1991; Reynolds, 2005) e avaliadas (Reynolds, 2005; Satterfield & Hughes, 2007).

Para Epstein e Hundert (2002), esta aprendizagem requer que docentes e estudantes possuam sensibilidade interpessoal, flexibilidade e motivação para a auto-reflexão. Trata-se, assim, de uma série de aptidões, e não de um traço de personalidade, como muitos autores defenderam até final dos anos 80 (Laidlaw et al., 2006). Evidentemente, tal como noutras áreas do saber, algumas características do indivíduo podem determinar que este tenha mais facilidade em comunicar. Porém, todos aqueles que o desejarem podem aprender e melhorar as suas capacidades de comunicação (Kurtz, Silverman & Draper, 2005). Resulta assim evidente que, as competências comunicacionais não podem ser uma opção extra no treino dos profissionais de saúde. Com a ausência de treinos de aptidões de comunicação apropriados, todo o conhecimento e esforço intelectual do cuidador podem ser facilmente

desperdiçados (Berry, 2007; Anvik, Gude, Grimstad, Baerheim, Fasmer, Hjortada, Hole, Risberg & Vaglum 2007; Kurtz, Silverman & Draper, 2005).

Como resposta ao reconhecimento de que as competências comunicacionais podem ser treinadas e aprendidas, e que estas aptidões permanecem ao longo do tempo (Roter & Hall, 2006), várias escolas médicas alteraram os seus *curricula*, e integram, de forma consistente, o treino de competências comunicacionais na educação pré e pós-graduada dos médicos (Haq et al., 2004; Hulsman et al., 1999; Lurie et al., 2008; Roter & Hall, 2006). A revisão de literatura permite identificar dois grandes marcos que pretenderam uniformizar o ensino e avaliação das competências comunicacionais: o *consensus* de Toronto e de Kalamazoo. O primeiro resultou da apresentação, no *International Conference on Teaching Communication in Medicine*, realizado em 1996, de oito recomendações relativas ao desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas de competências comunicacionais (Makoul & Schofield, 1999). Estes oito pontos, relevantes para estudantes pré e pós-graduados, foram depois redefinidos na *Communication in Health Care Conference*, que decorreu dois anos mais tarde, em Amesterdão.

1. *O ensino e avaliação deve ser baseado numa visão abrangente da comunicação em medicina* – Para além do desenvolvimento de competências relevantes, o ensino da comunicação médico-paciente deve incluir a compreensão da natureza, contexto e aspectos éticos que constituem o relacionamento entre médico e paciente.

2. *O ensino das competências comunicacionais e das competências clínicas deve ser consistente e complementar* – É fundamental que sejam criadas situações de ensino de competências comunicacionais com relevância no contexto clínico. Alguns autores (Deveugele, Derese, Maesschalck, Willems, Driel & Maeseneer, 2005; Gude, Vaglum, Anvik, Baerheim, Fasmer, Grimstad, Hjortdahl, Holen, Nordoy & Eide, 2009; Kurtz, Silverman & Draper 2005; Laidlaw et al., 2002; Schofield, 2004) apelam mesmo para a necessidade de programas coerentes, que se estendam ao longo das várias etapas de formação dos profissionais de saúde. Deste modo, a revisão e retenção das aprendizagens anteriores e sua aplicação em situações mais complexas será facilitada. Actualmente, o ensino das competências comunicacionais e das competências clínicas ocorre em diferentes períodos da educação, quer dos médicos (Williams, Cantillon & Cochrane, 2001), quer dos enfermeiros (Chant et al., 2002a). Este facto parece diminuir a relevância do ensino de competências comunicacionais e, conseqüentemente, a importância que os estudantes lhes atribuem.

3. *O ensino deve ajudar os estudantes a implementar a utilização do modelo de centração no paciente* – O ensino de competências comunicacionais deve centrar-se na capacidade dos médicos conhecerem a perspectiva do paciente sobre a sua doença (Holmström & Rosenqvist, 2001). A realização de treinos para aprendizagem do modelo centrado no paciente também promove de um repertório de estratégias e competências que permitem ao estudante responder de uma forma mais flexível.

4. *O ensino e avaliação da comunicação deve promover o crescimento pessoal e profissional* – O trabalho dos profissionais de saúde é exigente e, não raras vezes, gerador de stress (Cohen, Rollnick, Small, Kinnersley, Houston & Edwards, 2005; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Garcia-Reyes et al., 2008; Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Santos, 2003; Williams, Savage & Linzer, 2006). Neste sentido, os estudantes necessitam de oportunidades para aprender como abordar determinados assuntos, desenvolver o auto-conhecimento e seleccionar estratégias de confronto adequadas.

5. *O ensino de competências comunicacionais deve obedecer a um plano coerente* – Cada escola de saúde necessita de um *curriculum* coerente que estabeleça objectivos claros sobre os conhecimentos, competências e atitudes que os estudantes devem adquirir. A descrição do modo como estas aprendizagens se relacionam com as necessidades e experiências do estudante, deve igualmente ser contemplada.

6. *A aquisição de competências comunicacionais por parte dos estudantes deve ser avaliada de forma directa* – A capacidade de comunicação dos estudantes é, muitas vezes, avaliada de forma indirecta, através da informação que estes obtiveram do paciente. Porém, como qualquer outra competência clínica, a comunicação deve ser avaliada de forma directa (Humphris, 2002). O rigor colocado nesta avaliação funcionará como uma importante mensagem que as escolas médicas passam aos estudantes, relativamente à importância que é atribuída à comunicação.

7. *Os programas de competências comunicacionais devem ser avaliados* – Cada escola deve realizar avaliações contínuas dos programas de treino implementados. A avaliação criteriosa é essencial para a compreensão dos efeitos dos diferentes programas.

8. *A formação dos docentes deve ser apoiada* – O ensino de competências comunicacionais envolve não apenas conhecimentos, mas também a implementação de metodologias (e.g., gestão de *role-playing*, fornecimento de *feedback* individual ou através de vídeos e supervisão de pacientes simulados) com as quais os docentes nem sempre estão familiarizados (Lewis & Wissow, 2004). São, assim, necessários tempo e recursos que facilitem a preparação adequada dos docentes. A preparação ocasional tem-se revelado claramente insuficiente (*idem*).

Mais tarde, em Maio de 1999, os líderes e representantes de escolas médicas e organizações profissionais voltaram a reunir-se numa conferência em Kalamazoo, Michigan. O objectivo era agora, não apenas identificar as tarefas essenciais na comunicação médico-paciente, mas, também, os conhecimentos, atitudes e competências relevantes para cada tarefa. O grupo, liderado por Makoul, apresentou, em 2001, um modelo sequencial, constituído por seis elementos considerados essenciais para a construção da relação médico-doente. Este modelo é hoje conhecido por *consensus* de Kalamazoo (Makoul, 2001a) (quadro 5).

Quadro 5. Consensus de Kalamazoo (Makoul, 2001a).

ELEMENTOS ESSENCIAIS NA CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE
(Makoul, 2001a)
<p>1. Abertura da discussão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permitir que o paciente verbalize, sem interrupções a sua queixa inicial - Elicitar todas as preocupações do paciente - Estabelecer/manter conexão pessoal <p>2. Recolha de informação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar de forma apropriada questões abertas e fechadas - Estruturar, clarificar e sumarizar a informação - Utilização de escuta activa como forma de encorajar o paciente a falar <p>3. Compreensão da perspectiva do paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar factores contextuais (e.g., família, cultura, estatuto sócio-económico) - Explorar crenças, preocupações e expectativas acerca da saúde e doença - Reconhecer e responder às ideias, sentimentos e valores do paciente <p>4. Partilha de informação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar terminologia compreensível pelo paciente - Verificar o entendimento do paciente - Encorajar questões <p>5. Encontrar acordo em relação aos problemas e planos de acção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar o paciente a participar nas decisões - Avaliar a motivação e capacidade do paciente para seguir o plano estabelecido - Identificar e listar recursos e formas de suporte <p>6. Encerramento do encontro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Averiguar se o paciente tem outras preocupações - Sumarizar e reafirmar o acordo em relação ao plano de acção estabelecido - Discussão relativa ao <i>follow-up</i> (e.g., próxima visita, plano para resultados inesperados).

Os *consensus* de Toronto e de Kalamazoo foram incorporados nos princípios estabelecidos para o ensino de competências comunicacionais por diversas escolas médicas (Lewis, 2005). São, ainda hoje, referenciados como um importante marco no desenvolvimento do ensino das competências comunicacionais para estudantes de medicina e para médicos (Buyck & Lang, 2002). Aliás, o ensino de competências comunicacionais passou a ser encarado como uma responsabilidade das escolas médicas e as competências interpessoais tornaram-se um critério-chave não apenas para a acreditação dos cursos de medicina, mas também dos programas de internato médico (Makoul, 2003).

2.2. Modalidades de treino de competências comunicacionais

"Effective communication was a drug that could be prescribed!"

MacDonald, p. xvii, 2004

O ensino de competências comunicacionais é complexo e envolve conteúdos e metodologias distintas daqueles que, habitualmente, são utilizados na aprendizagem de outras competências clínicas (Kurtz, Silverman & Draper, 2005). Para além disto, e apesar do vasto leque de especialistas que elaboraram os já referidos *consensus* de Toronto e de Kalamazoo, a sua concretização está longe de ser pacífica. Como mencionámos anteriormente, estes *consensus* postularam o que deve ser considerado no ensino das competências comunicacionais; porém, pouco estabeleceram sobre a duração, quantidade e qualidade do ensino dessas competências (Makoul, 2003). Como consequência, e sem surpresa, os docentes que ensinam competências comunicacionais apresentam grandes diferenças nos conteúdos que escolhem leccionadas. Buck e Lang (2002) pediram a um grupo de docentes da faculdade de medicina para, através de um vídeo que apresentava uma situação de interacção entre clínico e paciente, identificarem os momentos que representavam oportunidades para o ensino de competências

comunicacionais. Os autores constataram que existia uma grande variedade de respostas entre os docentes.

Em consonância com estes resultados, a análise dos programas de treino de competências comunicacionais, actualmente existentes, permite afirmar que, estes apesar de, na sua maioria, estes remeterem para a abordagem centrada no utente, são muito distintos entre si (Buck & Lang, 2002; Haq et al., 2004; Kinnersley e Spencer, 2008; Roter & Hall, 2006; Satterfield & Hughes, 2007). Estes programas divergiam em aspectos concretos, tais como: destinatários, formadores, duração, metodologias de ensino, conteúdos, competências e avaliação dos resultados.

2.2.1. Destinatários

A maioria dos treinos de competências comunicacionais destina-se a estudantes de medicina (Jacobsen et al., 2006; Mukohara, Kitamura, Wakabayachi, Abe, Sato & Ban, 2004; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009; Van Dalen, Bartholomeus, Kerkhofs, Lulofs, Thiel, Rethans, Scherpbiel & Vieuten, 2001), médicos (Bonvicini, Perlin, Bylund, Carrol, Rouse & Goldstein, 2009; Brown et al., 2000; Chant et al., 2002b; Dacre, Richardsin, Noble, Stephens & Parker, 2004; Dielissen, Bottema, Verdonk, & Lagro-Janssen, 2009; Fallowfield et al., 2002; Hart et al., 2006; Kemper, Foy, Wissow & Shore, 2008; Kramer, Düsman, Tan, Jansen, Grol & Vleuten, 2004; Mjaaland & Finset, 2009; Oslon, Kent, Lein & Smith, 2002; Rodriguez, Anastario, Frankel, Odigie, Rogers, Glahn & Safran, 2008; Roter et al., 1998; Spagnoletti, Bui, Fischer, Gonzaga, Rubio & Arnold, 2009) e enfermeiros (Ançel, 2006; Arranz et al., 2005; Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing & Grypdonck, 2000; Edwards, Peterson & Davies, 2006; McGilton et al., 2006; Wilkinson, Roberts & Aldriege, 1998). Para além destes, alguns autores têm desenvolvido programas de treino que envolvem vários profissionais de saúde (Lane, Hood & Rollnick, 2008; Sheldon, Ellington, Barrett, Dudley, Clayton & Rinaldi, 2009; Thomas & Cohn, 2006; Trummer et al., 2006). Por exemplo, Trummer e colaboradores (2006) realizaram um programa para médicos,

enfermeiros e fisioterapeutas que exerciam as suas funções num serviço de cirurgia cardíaca num hospital na Austrália. O treino consistiu em sessões teóricas que abordavam a comunicação com os pacientes, exercícios de *role-playing* e supervisão. Os resultados indicam que os pacientes que foram acompanhados pelos profissionais que realizaram o treino apresentavam diminuição nos tempos de internamento e na incidência de taquicardia pós-operatória. Para além disto, estes pacientes, valorizaram, de forma significativa, a qualidade da comunicação com os vários cuidadores (e.g., profissional de saúde evidenciava que tinha tempo e disponibilidade para o utente, apresentava sensibilidade e tacto e valorizava os problemas do paciente).

De uma forma geral, os treinos que se destinam a profissionais de saúde pós-graduados partem da experiência profissional dos participantes. Aliás, como defenderam Rollnick, Kinnersley e Butler (2002), é importante que estes treinos providenciem experiências de aprendizagem relacionadas, de perto, com a experiência profissional dos cuidadores. Os programas realizados para profissionais que trabalham na área da pediatria (Ammentorp, Sabroe, Kofoed & Mainz, 2007; Hart, Drotar, Gori & Lewin, 2006; Kempler et al., 2008; Roter, Larson, Shinitzki, Chernoff, Serwint, Adamo & Wissow, 2004) ou da oncologia (Bragard et al., 2006, Fallowfield et al., 2002; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Finset et al., 2003; Hulsman et al., 2002; Koropchak, Pollak, Arnold, Alexander, Skinner, Olsen, Jeffrey, Rodriguez, Abernethy & Tulsky, 2006; Sutherland, Hegarty, White, Coffin & Jefford, 2007) são disto um bom exemplo.

Mais recentemente, surgiram programas específicos para estudantes e médicos previamente sinalizados por apresentarem problemas de comunicação com os pacientes. Neste sentido, Cohen e colaboradores (2005) desenvolveram um treino individualizado que procurava responder às dificuldades específicas de cada participante (e.g., adaptação a diversidade cultural, estabelecimento da relação). Utilizando um plano menos personalizado, Rodriguez e colaboradores (2008) realizaram um treino breve, que decorreu durante uma noite (3 horas). Os dez participantes, todos médicos, tiveram oportunidade de aprofundar a comunicação na fase inicial do

encontro com o paciente. Pretendeu-se que os médicos aprendessem a elicitare todas as preocupações dos pacientes e utilizassem essa informação para negociar os temas a abordar, mais em detalhe, na consulta. O curso incluía uma apresentação didáctica, a discussão de um vídeo que apresentava um encontro inicial entre médico e paciente e a realização de exercícios práticos com recurso ao *role-playing* e posterior *feedback*. Na 3ª e 7ª semana após a realização do curso, os médicos participaram numa teleconferência que teve como objectivo a discussão da aplicação das competências abordadas na formação inicial.

A escolha dos destinatários dos programas de treinos, nomeadamente, se estes se devem dirigir a estudantes ou a profissionais já com experiência, parece ser uma questão em aberto. Alguns autores (Chant et al., 2002b; Hulsman et al., 1999) defendem que os treinos que se destinam a estudantes produzem efeitos. Por seu lado, os treinos destinados a profissionais que já possuem o seu próprio estilo comunicacional não aportam benefícios, pois estes apresentam dificuldades quer no que respeita à aquisição de novas competências comunicacionais, quer na aplicação, na rotina diária, das novas competências aprendidas. Contrariando este facto, Roter e colaboradores (1995) proporcionaram treino de competências comunicacionais, ao nível da gestão das emoções e resolução de problemas, a 69 médicos de família. Os resultados permitiram afirmar que os médicos que realizaram o treino conseguiam identificar emoções e reconhecer que os pacientes estavam em *distress* mais facilmente do que os profissionais do grupo controlo.

2.2.2. Formadores

Não existe consenso no que concerne a quem deve ensinar competências comunicacionais. Curiosamente, este parece ser um assunto ao qual não tem sido dado grande relevo. A formação inicial dos facilitadores não é especificada na grande maioria dos programas de treino. Nos treinos destinados a estudantes pré-graduados (p.e., Rodriguez et al., 2008), é prática comum a docência ficar a cargo dos profissionais de saúde (técnicos ou psicólogos) que

lecionam nas escolas de saúde onde os referidos treinos têm lugar. Noutros programas (p.e., Ammentorp et al., 2007), os formadores são profissionais de saúde, não docentes. Por exemplo, Freeth e Nicol (1998) organizaram um programa dirigido a médicos finalistas e enfermeiros recém-formados, cujos formadores eram médicos e enfermeiros, com larga experiência na prática clínica. Em alguns treinos, os formadores são exclusivamente da área das ciências sociais e humanas, nomeadamente, psicólogos (Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Hart et al., 2006; Pieterse, Dulmen, Beemer, Ausems & Bensing, 2006). Foi este o caso do programa organizado por Thomas e Cohn (2006), para profissionais de saúde que trabalhavam com pacientes com drepanocitose¹. Os formadores eram dois psicólogos da saúde e dois psicoterapeutas. Finalmente, a constituição de equipas multidisciplinares (Arranz et al., 2005; Sutherland et al., 2007) começa a ser um dos critérios para a selecção dos formadores em alguns programas de treino. Assim, no treino, destinado a enfermeiros e desenvolvido por Arranz e colaboradores (2005), a equipa de formadores incluía médicos e psicólogos. Nesta perspectiva, Deveugele e colaboradores (2005) defendem que o ensino de competências comunicacionais, na formação geral das escolas médicas, deve ser realizado por uma equipa constituída por psicólogos, especialistas em comunicação e com interesses pela prática da saúde, e médicos de clínica geral com interesse pela comunicação. A inclusão de médicos especialistas justifica-se no ensino pós-graduado, onde são abordados conteúdos mais específicos.

A escolha dos formadores, tendo como critério a sua formação inicial, parece não ser pacífica, tanto mais que os estudos, onde é pedido aos estudantes que avaliem os formadores, apresentam resultados contraditórios. Assim, enquanto Quirk e Letendre (1986) verificaram que os cientistas sociais eram superiores aos médicos; no estudo realizado por Madan (1998) os estudantes avaliaram os clínicos gerais de forma mais positiva que os psiquiatras.

Van Dalen e colaboradores (1999, 2001) recentraram esta questão ao defenderem, baseados nos resultados de uma análise de regressão, que o

¹ Doença das células falsiformes.

conteúdo do programa de treino era o factor chave para a aprendizagem dos participantes. Curiosamente, o desempenho do docente era a variável que menos contribuía para a aprendizagem dos mesmos (Van Dalen et al., 2001; Van Dalen, Hout, Wolfhagen, Scherpbier & Vieuten, 1999).

2.2.3. Duração

Existe uma grande variabilidade na duração e periodicidade dos treinos. Os programas duram de uma hora e meia (Hart et al., 2006) a noventa e seis horas (Smith, Lyles, Mettler, Stoffelmayr, Van Egeren & Marshall, 1998). Por seu lado, os períodos de treino variam de meio-dia (Wong, Saber, Ma & Roberts, 2009) a vinte e sete meses (Kramer et al., 2004). Os treinos com maior número de horas podem decorrer em dias consecutivos (Ançel, 2006; Arranz et al., 2005; Fallowfield et al., 2002) ou em períodos de tempo espaçados entre si. Por exemplo, a realização de uma sessão por semana (Caris-Verhallen et al., 2000; Thomas & Cohn, 2006), possibilita que os participantes reflectam sobre as competências aprendidas em cada encontro.

Habitualmente, os treinos que se prolongam no tempo decorrem durante a formação académica dos participantes. Foi este o caso do treino realizado por Kramer e colaboradores (2004), e integrado nos três anos de pós-graduação para médicos de clínica geral.

Como facilmente se compreende, os treinos mais longos encerram objectivos mais ambiciosos (Gysels, Richardson & Higginson, 2005). Bragard e colaboradores (2006) realizaram um treino com 40 horas. Para além do ensino de competências comunicacionais para lidar com pacientes com cancro e os seus familiares, este treino pretendia ainda promover a aprendizagem de estratégias de confronto do stress.

2.2.4. Metodologias de ensino

Hulsman e colaboradores (1999) realizaram uma meta-análise, com quinze treinos de competências comunicacionais dirigidos a médicos com vários anos de experiência profissional. Os resultados apontam para a utilização, nos vários programas de treino, de cinco metodologias: instruções, modelagem, prática de competências, *feedback* e discussão.

A **instrução** inclui conferências para grupos e manuais ou vídeos com instruções acerca da comunicação profissional de saúde-paciente. Esta parece ser uma metodologia eficaz quando é seguida da utilização de outras metodologias. Dito de outro modo, as competências comunicacionais não podem ser aprendidas apenas através de leituras (Laidlaw, Kaufman, Sargean, MacLeod, Brake & Simpson, 2007; Schofield, 2004). Como ficou demonstrado no estudo longitudinal com 198 estudantes de medicina, realizado por Humphris e Kaney (2001), o conhecimento e compreensão de competências comunicacionais não é preditivo da eficácia de utilização das mesmas, em situações de interacção com pacientes simulados.

A **modelagem** fornece aos participantes dos treinos exemplos claros, quer positivos, quer negativos, da utilização das competências comunicacionais. Os modelos podem ser apresentados em vídeo ou áudio. A maioria dos exemplos utilizados na modelagem advém da prática diária dos profissionais (Hulsman et al., 1999), sendo que, por vezes, os próprios participantes gravam interacções suas com os pacientes (Hulsman et al., 1999; Roter et al., 1998). Outra modalidade consiste na elaboração de vídeos que exemplificam situações em que a comunicação com o paciente é eficaz e ineficaz (Hulsman, Rós, Janssen & Winnubst, 1997; Hulsman et al., 2002). Recentemente, Wong e colaboradores (2009) efectuaram um treino para médicos que se encontravam a realizar o internato. Neste programa, a demonstração das competências comunicacionais foi efectuada com recurso a duas conhecidas séries de televisão que retratam o dia-a-dia dos profissionais de saúde que trabalham em contexto hospitalar.

No que concerne à prática de competências, o **role-playing** tem sido a metodologia mais referenciada. Esta pode ser desenvolvida com pacientes simulados, por actores profissionais (Caris-Verhallen et al., 2000; Fallowfield et al., 2002; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Jacobsen et al., 2006; Thomas & Cohn, 2006) ou entre os participantes do programa de treino (Ançel, 2006; Bragard et al., 2006; Finset et al., 2003; Rodriguez et al., 2008; Van Dalen et al., 2006). O *role-playing* permite a prática das competências comunicacionais num ambiente seguro. Desta forma, ajuda os participantes a lidar com problemas difíceis (e.g., fornecimento de más notícias) sem o risco de consequências nefastas para os pacientes.

Com o objectivo de estudarem a eficácia da metodologia de *role-playing*, Lane, Hood e Rollnick (2008) promoveram um treino de competências em entrevista motivacional. O *role-playing* realizado com recurso a pacientes simulados, e entre os participantes do treino, revelou ser igualmente eficaz. Por seu lado, Maguire e Pitceathly (2002) defendem que o *role-playing* com pacientes simulados leva à aquisição de competências e ao abandono de comportamentos de bloqueio. Contudo, os autores verificaram que os profissionais de saúde não transferem estas competências para a prática clínica. O **feedback**, em situações reais, parece ser a metodologia mais eficaz para a transferência destas competências (Milan, Parish & Reichgott, 2006).

No *feedback*, o formador observa o participante e providencia informações sobre os aspectos positivos e negativos do desempenho deste último. Esta tarefa pode ser realizada apenas pelo formador, em sessões individuais, ou por todos os participantes, em sessões de grupo. O *feedback* directo é providenciado imediatamente a seguir à interacção com o paciente simulado ou real. Outra possibilidade consiste no recurso a gravações em áudio ou vídeo que possuam interacções dos participantes com pacientes reais ou simulados. Estas interacções podem ser discutidas em grupo (Dacre et al., 2004; Lane & Rollnick, 2007) ou individualmente (Pieterse et al., 2006; Roter et al., 2004). Em ambos os casos, é dada a possibilidade do protagonista reflectir sobre o seu desempenho. Por exemplo, no treino realizado por Wilkinson, Roberts e Aldriege (1998) para enfermeiros, estes últimos gravavam, em áudio, algumas interacções suas com pacientes e recebiam o

respectivo *feedback* em sessões individuais de vinte minutos. Por seu lado, Roter e colaboradores (2004) organizaram um treino para médicos que se encontravam a realizar o internato em pediatria. No início do programa os clínicos gravavam uma entrevista com um paciente simulado. A partir deste material os formadores elaboravam, em formato CD-ROM, um *feedback* estruturado, baseado em alguns critérios pré-definidos e que constituíram a parte teórica do curso.

Os profissionais de saúde parecem valorizar as oportunidades de receber *feedback* construtivo, *i.e.*, *feedback* que, para além de apontar as suas fraquezas, reforce os aspectos em que o seu estilo comunicacional é eficaz (Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998).

Refira-se ainda que, como demonstraram Fallowfield e colaboradores (2002) e, à semelhança da instrução, o *feedback* é eficaz apenas quando utilizado em combinação com outras metodologias. O fornecimento de *feedback* isolado, não produz alterações na forma de comunicação dos profissionais de saúde.

A **discussão**, última metodologia encontrada por Hulsman e colaboradores (1999), permite que os participantes dos programas de treino integrem os conhecimentos teóricos adquiridos com a sua experiência prática. Tal como o *feedback*, também esta metodologia pode ser realizada individualmente, com o formador, ou em grupo.

No que concerne às preferências dos participantes, as metodologias mais experimentais são as mais valorizadas pelos estudantes e profissionais de saúde que participam em programas de treino de competências comunicacionais. Os estudos com estudantes de medicina indicam que estes preferem declaradamente metodologias como o *role-playing* (Nestel & Tierney, 2007; Rees, Sheard & McPherson, 2004) e comunicação com pacientes reais (Rees, Sheard & McPherson, 2004). Os estudantes atribuem ainda particular relevo às metodologias que lhes permitem avaliar o seu desempenho. São disto exemplo as gravações, em vídeo, de *role-playing* com pacientes simulados (Rees, Sheard & McPherson, 2004; Zick, Granieri & Makoul, 2007).

Deveugelle e colaboradores (2007) defendem o ensino combinado que inclua uma parte mais teórica de demonstração de competências, através de vídeos e estudos de caso e uma componente mais prática que integre *role-playing* com colegas e pacientes simulados assim como a observação de vídeos para análise do desempenho dos estudantes. Efectivamente, a investigação tem vindo a demonstrar a eficácia de algumas metodologias. Particularmente, a reflexão activa das atitudes do profissional/estudante (Laidlaw et al., 2007; Schofield, 2004), a par com a discussão e prática de várias estratégias (Schofield, 2004) e o *feedback* construtivo sobre o estilo de interacção (Reynolds, 2005; Schofield, 2004). Em concordância com esta evidência, a maioria dos programas de treino incluem as cinco metodologias encontradas por Hulsman e colaboradores (1999) (Caris-Verhallen et al., 2000; Chan, Wun, Cheung, Dickinson, Chan, Lee & Yung, 2003; Donner & Goering, 1982; Evans, Stanley & Burrows, 1992; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Kramer et al., 2004; Mukohara et al., 2004; Thomas, 1982; Thomas & Cohn, 2006). Finset e colaboradores (2003) realizaram um curso, para médicos oncologistas de cinco países nórdicos, que incluía três módulos. O primeiro módulo consistia em três seminários com recurso a vídeos didácticos e material de estudo individual, que abordavam aspectos teóricos relativos às técnicas de entrevista, reacção à crise, entre outros. O segundo módulo proporcionou um curso experimental de três dias. A técnica utilizada foi o *role-playing* de situações que os médicos oncologistas consideravam ser mais difíceis (e.g., fornecimento de más notícias, lidar com sentimentos do paciente). O último módulo teve como objectivo testar as novas aprendizagens. Foram assim realizados mais três seminários, no decurso dos quais os participantes tinham oportunidade de analisar uma gravação, em áudio ou vídeo, de uma consulta sua.

Apesar de algumas limitações metodologias que abordaremos adiante, os treinos avaliados como mais eficazes, isto é, cujos resultados apontam para o incremento de competências comunicacionais, conhecimentos e atitudes são aqueles que combinam didácticas teóricas e estratégias de aplicação prática (Aspergren, 1999; Gysels, Richardson & Higginson, 2005; Kruijver et al., 2000b; Lane & Rollnick, 2007).

Por fim, a consciência de que, as exigências, em termos de disponibilidade de tempo, de alguns dos programas de treino de competências comunicacionais constituem um entrave para a sua realização, levou alguns autores (Hulsman et al., 1997, 2002; Kempler et al., 2008) a proporem programas de treino com características tais que permitem a sua realização *online*. Por exemplo, Kempler e colaboradores (2008) disponibilizaram, através da internet, um curso para profissionais de saúde que trabalhavam em pediatria. O programa, com duração aproximada de cinco horas, estava dividido em módulos (p.e., discussão do diagnóstico, discussão do plano de tratamento) e incluía a apresentação de um caso clínico. Este era seguido de questões de escolha múltipla, e de um pequeno vídeo que pretendia demonstrar a utilização correcta das competências comunicacionais na interacção com os pais e com a criança ou adolescente.

2.2.5. Conteúdos

Como mencionamos, os conteúdos dos programas de treino variam muito entre si (Buck & Lang, 2002). Para além disto, são poucos os autores que, como Wong e colaboradores (2009), especificam os conteúdos incluídos no treino. Estes autores centraram o treino na abordagem de conteúdos relativos ao fim de vida, aspectos psicossociais da doença e comunicação de erros médicos.

Nos treinos mais genéricos, particularmente os destinados a estudantes pré-graduados, os conteúdos são desvalorizados. De um modo geral os programas centram-se nas competências comunicacionais, e não no contexto específico para a sua utilização (Deveugele et al., 2005). De forma inversa, os programas de treino, destinados a profissionais de saúde, que se dedicam a uma área particular da saúde, tendem a abordar os conteúdos especialmente relevantes para esse contexto. Assim, é comum os treinos destinados a oncologistas centrarem-se em temáticas como o fornecimento de más notícias (Bragard et al., 2006; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998), controlo da dor, fornecimento de informação (Bragard et al., 2006), discussão de opções

terapêuticas, consentimento informado, abordagem dos familiares e preocupações psicossociais (Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998).

2.2.6. Competências comunicacionais

Os autores, que mais se têm dedicado ao estudo das competências comunicacionais em saúde, atribuem particular relevo a algumas competências, nomeadamente, elaborar questões (Berry, 2007; Hargie & Dickson, 2004; Roter & Hall, 2006), expressar empatia (Ançel, 2006; Bonvicini et al., 2009; Berry, 2007; Eide, Frankel, Haaversen, Vaupel, Graugaard & Finset, 2004; Roter & Hall, 2006), resistir ao *feedback* imediato (Roter & Hall, 2006) e, fornecer e explicar informação (Berry, 2007). Estranhamente, nem mesmo estas competências são abordadas em todos os treinos (Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Satterfield & Hughes, 2007; Schofield, 2004). Os programas de treino são, em larga escala, orientados para pacotes de competências genéricos (Rollnick, Kinnersley & Butler, 2002) e pouco claros (Simon & Young, 2005). Neste sentido, em 2002, Cegala e Broz analisaram vinte e seis investigações que incluíam treinos comunicacionais, e encontraram muito pouca consistência em relação às competências comunicacionais compreendidas nos mesmos. Existem mesmo algumas publicações em que as competências comunicacionais, que o treino visa promover, não são identificadas (Kemper et al., 2008; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009; Rodriguez et al., 2008; Wilkinson, Roberts & Aldriege, 1998).

Nos trabalhos em que as competências comunicacionais a promover são especificadas, destacam-se dois grandes tipos de treino: as que incidem apenas sobre um número reduzido de competências (Arranz et al., 2005; Bonvicini et al., 2009; Hart et al., 2006; Edwards, Peterson & Davies, 2006) e, as mais abrangentes (Brown et al., 2000; Fallowfield et al., 2002; Hulsman et al., 2002; Kramer et al., 2004; Mjaaland & Finset, 2009; Roter et al., 2004). Este último inclui um leque considerável de competências a desenvolver pelos estudantes e profissionais de saúde.

Do primeiro grupo, fazem parte estudos como aquele que foi levado a cabo, por Hart e colaboradores (2006), com um grupo de pediatras. O programa teve como principal objectivo a promoção de três competências comunicacionais, a saber, empatia, afecto positivo e suporte. Também Edwards, Peterson e Davies (2006) pretenderam promover, desta feita num grupo de enfermeiros, três grandes competências: escuta activa, tomada de iniciativa (focalização nos problemas) e assertividade.

Dentro do conjunto reduzido de estudos que abordam um número maior de competências comunicacionais, o programa, desenvolvido por Hulsman e colaboradores, em 2002, merece especial destaque. Tratou-se de um programa, destinado a médicos especialistas em oncologia, em que os autores procuraram promover a utilização de um vasto leque de competências comunicacionais. O treino foi disponibilizado por computador², permitindo, desta forma, que os participantes controlassem o seu processo de aprendizagem e pudessem aceder, ao mesmo, em qualquer lugar.

Quadro 6. Categorias de observação no sistema de codificação da comunicação médico-paciente, propostas por Hulsman e colaboradores (2002).

Questões	Comportamentos receptivos
<ul style="list-style-type: none"> - Questões abertas - Questões fechadas - Pedido de clarificação 	<ul style="list-style-type: none"> - Silêncio - Estimular participação do paciente - Atender ao <i>mundo</i> do paciente - Paraphraseamento
Informação	Sentimentos
<ul style="list-style-type: none"> - Informação e conselhos - Perguntas explícitas - Perguntas implícitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão de sentimentos - Discussão dos sentimentos
Aumentar eficácia da informação	Comportamentos negativos
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento pré-existente - Verificar compreensão - Repetir informação - Sumarização 	<ul style="list-style-type: none"> - Suavizar más notícias - Adiar más notícias - Jargões - Interrupções - Continuidade incoerente
Comportamento não verbal	
<ul style="list-style-type: none"> - Postura - Contacto visual 	

² Computer-assisted instruction.

O programa envolveu quatro módulos: (1) comportamento verbal e não verbal, (2) más notícias, (3) fornecimento de informação e (4) lidar com as emoções dos pacientes. Na apresentação de cada um dos módulos, foram utilizados vídeos com exemplos de competências comunicacionais adequadas e inadequadas. As competências comunicacionais estudadas foram divididas em sete grandes grupos, sendo que, cada uma destas incluía várias categorias, num total de vinte e três (quadro 6). Para além da descrição de cada uma destas categorias, foram ainda incluídas sugestões para a sua utilização na prática.

Também no programa realizado por Roter e colaboradores (2004), para um grupo de vinte e oito médicos que se encontravam no primeiro ano do internato em pediatria, as competências comunicacionais assumem particular relevo. O treino, com a duração total de quatro horas, distribuídas ao longo de quatro semanas, incluía os seguintes objectivos: ouvir mais e falar menos, recolha de informação, responder às emoções dos pais e construção de uma relação de parceria. Estes objectivos foram concretizados a partir de instruções directas, *feedback* e realização de entrevistas com pacientes simulados, a partir de cenários estandardizados que retratavam a situação de uma criança que tinha sido hospitalizada com uma crise de asma, diabetes ou drepanocitose. Para a análise das verbalizações dos participantes, os autores recorreram à versão mais actualizada do RIAS³. Este método de codificação das interacções médico-paciente parte de quatro categorias principais: recolha de informação, educação e aconselhamento do paciente, resposta às emoções e construção da relação (Roter & Hall, 2006). Cada categoria inclui variáveis específicas (quadro 7), definidas por Roter (2006), de forma a permitir a codificação das interacções em vídeo, sem ser necessário recorrer à sua transcrição.

³ *Roter Method of Interaction Process Analysis* (Roter, 2006).

Quadro 7. Categorias do sistema de análise de interação médico-paciente de Roter (Roter et al., 2004; Roter, 2006).

Categorias	Variáveis Específicas
Recolha de informação	<ul style="list-style-type: none"> - Questões abertas sobre aspectos médicos (condição clínica, regime terapêutico) - Questões abertas relativas aos aspectos psicossociais (estilo de vida, social, psicológico) - Questões fechadas sobre aspectos médicos (condição clínica, regime terapêutico) - Questões fechadas relativas aos aspectos psicossociais (estilo de vida, social, psicológico)
Educação e aconselhamento do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de informação biomédica (condição clínica, regime terapêutico) - Fornecimento de informação relativo ao estilo de vida e aspectos psicossociais (sentimentos e emoções, estilo de vida) - Aconselhamento biomédico (afirmações persuasivas que visam a gestão dos aspectos médicos e do regime terapêutico) - Aconselhamento psicossocial (afirmações persuasivas relativas ao estilo de vida e aspectos sociais e psicológicos)
Responder a emoções	<ul style="list-style-type: none"> - Conversa social (assuntos não médicos) - Conversa positiva (concordância, gracejo, aprovação, riso) - Conversa negativa (desacordo, crítica, mostrar tensão) - Conversa emocional (mostra preocupação, tranquilizar, legitimar, mostrar empatia, oferecer suporte)
Construção da relação	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitadores da participação (perguntar a opinião do paciente, avaliar compreensão, parafrasear, pedir sugestões, incentivar o paciente a continuar a falar) - Conversa processual (orientação, mudança de assunto)

Existem outros programas de treino (Caris-Verhallen et al., 2000; Pieterse et al., 2006; Roter et al., 1998) que recorrem, igualmente, ao RIAS, ou a adaptações deste sistema, para a análise das interações médico-doente.

Todavia, nestes programas as competências comunicacionais são menos valorizadas. Neste sentido, para além do número de competências comunicacionais abordadas, o cuidado na sua operacionalização distingue, em nossa opinião, o trabalho de Hulsman e colaboradores (2002) e de Roter e colaboradores (2004) de muitos outros treinos publicados. Com surpresa, a não operacionalização das competências parece ser prática comum nos programas comunicacionais. A subjectividade inerente às várias competências comunicacionais é assim negligenciada por muitos autores. Por exemplo, Quirk e colaboradores (2008) verificaram que o termo *caring* inclui uma série de comportamentos (e.g., escutar, fornecer informação, expressar empatia, oferecer esperança realista) e que estes não são identificados da mesma forma, quer por pacientes, quer por profissionais de saúde (Quirk, Mazor, Haley, Philbin, Fischer, Sullivan & Hatem (2008)). Do mesmo modo, vários dos treinos propostos (p.e., Arranz et al., 2005 e Hart et al., 2006) têm como objectivo o desenvolvimento da empatia com o paciente. Contudo, e ao contrário do que tem vindo a ser recomendado por diversos autores, (Norfolk, Birdi & Walsh, 2007; Satterfield & Hughes, 2007) estes programas não operacionalizam quais as competências específicas implícitas neste conceito.

Um exemplo claro desta ausência de operacionalização diz respeito à utilização do SEGUE, o instrumento mais usado, nas Universidades dos Estados Unidos da América, para avaliar competências. O SEGUE centra-se apenas em aspectos genéricos (e.g., manter tom respeitoso, escutar, explorar factores emocionais) e não providencia, como sublinhou Makoul (2001b), uma avaliação detalhada das aptidões comunicacionais. Mesmo em alguns documentos *oficiais*, como é o caso do *Consensus Group of Teachers of Medical Ethics and Law*, da Escola Médica do Reino Unido (Schofield, 2004), produzido em 1998, as competências comunicacionais são identificadas, mas não operacionalizadas. No referido documento, foram elencadas doze competências comunicacionais (p.e., partilhar o processo de decisão e demonstração de empatia), sem que seja fornecida qualquer definição das mesmas.

Na opinião de Kurtz, Silverman e Draper (2005), é essencial algum nível de detalhe, a fim de identificar as competências específicas que são

determinantes para a comunicação em saúde e evitar a designação de competências comunicacionais como um todo genérico. Os mesmos autores advogam ainda que a escolha das competências comunicacionais, a integrar nos programas de treino, deve ser baseada em teorias sólidas e resultados da investigação nesta área. Neste sentido, Laidlaw e colaboradores (2007) procuraram saber o que realmente caracteriza um cuidador bom comunicador. Através de um estudo, realizado com médicos de cuidados de saúde primários, que trabalhavam com adolescentes, concluíram que a empatia e o suporte (com ausência de julgamento) são as duas competências que distinguem o comunicador eficaz de outro que comunica de forma inadequada.

São, assim, necessários mais estudos que permitam elencar as competências comunicacionais centrais para a comunicação eficaz profissional de saúde-paciente. Para Hulsman e colaboradores (2004), os estudantes e os profissionais de saúde devem conhecer, de forma aprofundada, as diferentes competências comunicacionais. Só desta forma se encontram capacitados para seleccionar as competências mais eficazes para contextos e situações distintas, assim como, antecipar as consequências da sua utilização (Hulsman, Mollema, Hoos, Haes & Donnison-Speijer, 2004).

Por fim, parece importante que os programas pré-graduados comecem por abordar as competências comunicacionais centrais, que permitem lidar com os desafios habituais da comunicação e, só depois destas estarem bem consolidadas, avançar para competências mais específicas. Nesta linha, Reynolds (2005) defende que os treinos que incluem competências mais específicas são, particularmente, recomendados para profissionais que trabalhem em contextos de maior impacto emocional (e.g., lesões na coluna, traumatismo craniano).

2.2.7. Avaliação dos programas de treino

A necessidade de avaliar os vários programas de competências comunicacionais reúne o consenso dos diversos autores. Mais difícil, parece ser a concordância no que à escolha e aplicação dos métodos de avaliação diz respeito (Mazor, Haley, Sulluvan & Quirk, 2007). Acresce ainda que, um número considerável de estudos apresenta treinos com falhas no *design* experimental (Hulsman et al., 1999; Lane & Rollnick, 2007; Waitzkin, 1990), o que, evidentemente, compromete a avaliação dos mesmos. Por outro lado, existem ainda alguns programas de treino cujos resultados não são avaliados (Cohen et al., 2005; Palmer & Deck, 1981).

Apesar da diversidade na tipologia de avaliação, a análise dos vários programas de treino de competências comunicacionais permite identificar três métodos distintos (Gysels, Richardson & Higginson, 2005; Hulsman et al., 1999): auto-avaliação dos profissionais de saúde; observação comportamental e efeitos nos pacientes.

No primeiro método, a avaliação é feita através da **percepção subjectiva**, dos participantes, a respeito do programa de treino (Brown et al., 2000; Dacre et al., 2004; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Finset et al., 2003; Freeth & Nicol, 1998; Hulsman et al., 1997; Kempler et al., 2008; Van Dalen et al., 2006; Zick, Granieri & Makoul, 2007) ou dos seus efeitos, no que concerne à competência interpessoal (Ammentorp et al., 2007; Gysels, Richardson & Higginson, 2005; McGilson et al., 2006; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009) ou à auto-estima (Lin et al., 2004) dos mesmos.

A avaliação de resultados, através dos profissionais de saúde, inclui, ainda, o recurso a escalas que avaliam mudança de atitudes e centração no paciente (Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998), assim como, avaliações mais objectivas, referentes aos conhecimentos teóricos, dos participantes, sobre competências comunicacionais (Spagnoletti et al. 2009; Wong et al., 2009).

A **observação comportamental** consiste na avaliação directa das interacções dos profissionais de saúde com pacientes, reais ou simulados

(Hulsman et al., 1999) ou das respostas dos cuidadores perante a apresentação de cenários hipotéticos (Edwards, Peterson & Davies, 2006). Trata-se de uma metodologia eficaz (Gysels, Richardson & Higginson, 2005), mas morosa, pois exige a gravação das interações profissional de saúde-paciente em vídeo ou áudio, e posterior codificação. Este facto condiciona a sua utilização apenas a alguns programas de treino (Chant et al., 2002b; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Hart et al., 2006; Hulsman et al., 2002; Kramer et al., 2004; Mukohara et al., 2004) e não a todos, como seria desejável (Humphris, 2002; Kramer et al., 2004). A necessidade de analisar, de forma detalhada e objectiva, as interações em áudio ou vídeo conduziram à construção de vários instrumentos (Guimond, Bunn, O'Connor, Jacobsem, Tait, Drake, Graham, Stacey & Elmslie, 2003; Hullman & Daily, 2008). Entre estes destaca-se, não obstante as críticas de Sandvik e colaboradores (Sandvik, Eide, Lind, Graugaard, Torper & Finset, 2002), o RIAS. Este constitui o sistema de codificação, das interações médico-paciente mais estudado (Roter, 2001; Roter & Larson, 2002) e utilizado num maior número de investigações (Beach, Roter, Wang, Duggan & Cooper, 2006; Bensing et al., 2006; Bensing, Tromp, Dulmen, Brink-Muinen, Verheul & Schellevis, 2006; Brown et al., 2003; Caris-Verhallen et al., 2000; Eide et al., 2004; Graugaard, Eide & Finset, 2003; Hall et al., 2009; Mead & Bower, 2000b; Ong et al., 2000; Pieterse et al., 2006; Roter, 2006; Roter & Larson, 2001, 2002; Roter et al., 1998, 2004; Sheldon et al., 2009).

Hullman & Daily (2008) realizaram uma análise detalhada de várias medidas de avaliação de competências comunicacionais e verificaram que poucas incluem todas as competências propostas pelo *consensus* de Kalamazoo. Para além disto, nenhuma destas medidas avalia competências de extrema relevância no processo de interacção profissional de saúde-paciente, como é o caso da flexibilidade.

Os **efeitos no paciente** avaliam o modo como este foi afectado pela mudança na forma de comunicar do profissional de saúde (Gysels, Richardson & Higginson, 2005). Tal avaliação tem sido realizada com recurso, essencialmente, a dois tipos de questionários; os que pretendem avaliar a percepção dos pacientes acerca da comunicação do profissional de saúde (Hart

et al., 2006; Rodriguez et al., 2008; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009) e os que avaliam o nível de satisfação do utente com o desempenho do cuidador (Brown et al., 2000; Hart et al., 2006; Hulsman et al., 2002; McGilson et al., 2006). Nos programas de treino, em que a prática de competências é realizada com recurso a pacientes simulados, pode igualmente ser solicitado, a estes últimos, que avaliem, através de questionários, o desempenho dos participantes (Chant et al., 2002b).

Como facilmente se compreende, os três métodos de avaliação, agora apresentados, são complementares, podendo ser utilizados concomitantemente. Aliás, na opinião de Kramer e colaboradores (2004), os treinos mais completos são, precisamente, os que recorrem a várias metodologias de avaliação. Foi este o caso do treino desenvolvido, para médicos oncologistas, por Fallowfield e colaboradores (2002). Os autores avaliaram os resultados do treino através da percepção subjectiva dos participantes no que às mudanças de competências comunicacionais diz respeito. A interacção dos médicos com pacientes foi gravada, em vídeo, e analisada através de um sistema⁴ que permitia codificar as interacções da díade. Finalmente, foram utilizadas escalas que avaliaram as mudanças de atitudes dos médicos e a satisfação dos pacientes.

A aceitação generalizada de que a avaliação dos programas de treino deve incluir vários métodos (Calhoun, Rider, Meyer, Lamiani & Trug, 2009), não isenta esta área particular de algumas dificuldades. A primeira decorre das falhas no *design* de alguns treinos. São, efectivamente, escassos, os estudos que utilizam um *design* de avaliação pré e pós-treino. Destes, a maioria fá-lo apenas através de escalas (Ançel, 2006; Gysels, Richardson & Higginson, 2005; McGilson et al., 2006; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009; McGilson et al., 2006; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009; Thomas & Cohn, 2006) e, só alguns recorrem, como seria desejável, a uma avaliação comportamental pré e pós-treino (Bonvicini et al., 2009; Edwards, Peterson & Davies, 2006, Kramer et al., 2004; Roter et al., 1998; Wilkinson, Roberts & Aldriege, 1998).

⁴ *Medical interaction process system* (MIPS).

A segunda dificuldade resulta da proliferação de instrumentos de *papel e lápis* que pretendem avaliar a eficácia dos programas de treino. Como mencionado, a maioria dos treinos avalia a eficácia dos resultados através de questionários dirigidos aos pacientes ou aos participantes no treino. Em muitas das medidas de avaliação utilizadas, não foi demonstrada validade e fiabilidade (Boon & Stewart, 1998). São vários os programas, para os quais, os autores, sem operacionalizar os conceitos que querem medir (p.e., *centração no paciente*) (Mead & Bower, 2000b), constroem os seus próprios instrumentos (p.e., Ançel, 2006; Brown et al., 2000; Gude, Baerheim, Holen, Anvik, Finset, Grimstad, Hjortdahl, Risberg & Vaglum, 2005) e que depois não voltam a ser utilizados em investigações posteriores. Parece, pois, que, mais do que construir novos instrumentos, é necessário refinar os já existentes.

2.3. Estado da arte dos programas de treino de competências comunicacionais

O reconhecimento da complexidade e da dificuldade inerente à comunicação com o paciente (Schofield & Butow, 2004) conduziu à publicação de um volume, bastante considerável, de trabalhos que apresentam programas de treinos de competências comunicacionais, quer com estudantes, quer com profissionais da área da saúde. Contudo, da análise destes programas, resulta claro que existe ainda muito trabalho a realizar, no que ao ensino e avaliação das competências comunicacionais diz respeito (Gude et al., 2005; Gysels, Richardson & Higginson, 2005; Hall, 2003; Haq et al., 2004; Kinnersley & Spencer, 2008; Makoul, 2003; Roberts et al., 2003; Roter, 2003; Schofield & Butow, 2004; Spencer & Silverman, 2001, 2004).

Schofield e Butow (2004) chegaram mesmo a caracterizar a literatura existente como caótica e incompleta, em qualquer dos tópicos abordados. Efectivamente, os autores variam muito nos elementos que identificam e escolhem para ensinar (Buck & Lang, 2002) pelo que, a diversidade nas tipologias dos treinos propostos é, como ficou anteriormente demonstrado, muito considerável (Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Satterfield & Hughes,

2007; Schofield, 2004). Neste sentido, actualmente, os programas de treino de competências comunicacionais funcionam como um rótulo onde, parece mesmo, caber tudo.

Para além da variabilidade e falta de consistência dos programas de treino em geral, existem ainda outras dificuldades que gostaríamos de referir.

(1) Muitas das recomendações sobre os programas de treino são efectuadas para estudantes de medicina e médicos (Makoul, 2001a; Buyck & Lang, 2002; Fragstein et al., 2008; Haq et al., 2004; Makoul & Schofield, 1999; Makoul, 2003) e, mais raramente, para enfermeiros (Kruijver et al., 2000b). Ficam assim de lado outros profissionais de saúde (e.g., terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas) (Newes-Adeyi et al., 2004), para os quais a comunicação funciona, igualmente, como uma ferramenta fundamental (Parry, 2008). A melhoria dos treinos de competências comunicacionais com estes profissionais depende directamente da investigação realizada (*idem*).

(2) Não menos importante, existem ainda grandes disparidades, entre o que é ensinado nas escolas e o que é praticado nos serviços de saúde (Aita et al., 2005; Beckman & Frankel 2003; Chant et al., 2002a; Egnew & Wilson, 2009; Fielding & Llewelyn, 1987; Williams, Cantillon & Cochrane, 2001). Em alguns países, a divulgação generalizada, ao nível do ensino pré-graduado, de programas de treino de competências comunicacionais, gerou um desfasamento entre a forma de comunicar ensinada e treinada nos estabelecimentos de ensino e aquilo que tende a ser a prática corrente nos serviços de saúde. Assim, os estudantes que aprendem os fundamentos da comunicação eficaz e não observam estas competências nos monitores e profissionais de saúde seniores, podem ser levados a concluir que as mesmas não são relevantes para o acompanhamento dos pacientes (Haq et al., 2004). Outros autores destacam também o facto dos estudantes se depararem com um ambiente onde predomina a burocracia e as necessidades administrativas (Beckman & Frankel, 2003) e onde as competências comunicacionais, previamente adquiridas, raramente são reforçadas (Beckman & Frankel, 2003; Chant et al., 2002a; Deveugele et al., 2005).

(3) Os programas de treino são, na maioria, orientados para pacotes genéricos de competências comunicacionais. Este facto dificulta bastante a sua aplicação na prática clínica, pois, os profissionais de saúde são chamados a escolher, em cada situação, a competência mais apropriada (Rollnick, Kinnersley & Butler, 2002). Ora, é precisamente o contexto de aplicação, das diversas competências comunicacionais, que falha, em vários dos programas de treino. Como consequência, por vezes, os cuidadores possuem determinadas competências comunicacionais no seu repertório, contudo, não as utilizam nas situações, de interacção com os pacientes, em que estas são requeridas (Hulsman et al., 1999; Salmon & Young, 2005).

(4) Por fim, e apesar das críticas realizadas, há cerca de uma década, por Hulsman e colaboradores (1999) e Cegala e Broz (2002), referentes à falta de atenção dedicada aos aspectos específicos das competências comunicacionais, os artigos mais recentes continuam, na sua maioria, a não incluir informação detalhada sobre as competências comunicacionais que pretendem promover. Ora, o progresso no ensino e avaliação dos treinos de competências comunicacionais depende, em grande medida, da operacionalização das competências comunicacionais específicas (Simon & Young, 2005). Roberts e colaboradores (2003) defendem mesmo a elaboração de uma taxonomia com os componentes da comunicação eficaz (e também ineficaz). Esta taxonomia permitiria aos estudantes refinar as suas respostas na interacção com os pacientes.

A presente investigação pretende, precisamente, contribuir para o aumento do conhecimento relativo às competências comunicacionais utilizadas, por estudantes e profissionais de saúde, especificamente, por estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas.