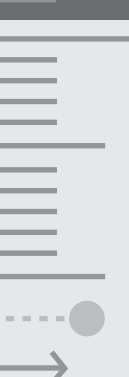




PARTE I

CONCEITOS GERAIS



Habilidades essenciais para a comunicação clínica efetiva

Barbara Cristina Barreiros; Camila Ament Giuliani dos Santos Franco;
Fernanda Lazzari Freitas e Marcela Dohms



1

QUESTÕES INICIAIS PARA REFLEXÃO

1. Você faz autoavaliação para saber se está preparado para dedicar-se integralmente ao paciente antes de iniciar uma consulta?
2. Você permite que o paciente fale sem interrompê-lo para que ele explique o que está sentindo?
3. Você permite que o paciente inclua as suas necessidades e expectativas no plano terapêutico?
4. Você avalia o entendimento da pessoa sobre o que foi abordado na consulta?

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

- ▶ É fundamental que o profissional se prepare antes de iniciar cada atendimento, incluindo organização do ambiente e de materiais, revisão do prontuário e revisão das suas próprias emoções.
- ▶ O tempo é precioso durante toda a entrevista; portanto, deve-se dar espaço para que a pessoa pense e fale, permitindo que o profissional entenda a sua motivação na consulta.
- ▶ Para que a tomada de decisão seja compartilhada, a pessoa deve ter suas necessidades e percepções valorizadas em todas as etapas da entrevista clínica.

FASES DO ENCONTRO CLÍNICO

Este capítulo apresenta algumas habilidades do profissional durante a entrevista clínica que melhorarão a sua comunicação clínica.¹⁻⁵



SITUAÇÃO-PROBLEMA 1

Observe o encontro clínico entre Dr. Rafael e a paciente Marisa.

Dr. Rafael está 15 minutos atrasada na sua agenda. Ele está bem, mas um pouco cansado, pois a semana está sendo pesada, e um pouco preocupado, pois seu pai está em investigação de um nódulo pulmonar.

Ele atenderá sua próxima paciente, Marisa, 42 anos, em uma consulta de demanda do dia.

Ao rever o prontuário, Dr. Rafael percebe que Marisa não comparece à Unidade há 4 anos. Antes desse tempo, tinha grande assiduidade na Unidade, pois estava tentando engravidar e seu parceiro era estéril.

Então, Dr. Rafael organiza sua mesa, verifica se trocou o lençol e ajeita a bagunça da sala. Olha o celular para saber se seu pai mandou notícias, coloca o telefone no modo silencioso e o guarda, bebe um gole d'água, faz a chamada de Marisa no prontuário eletrônico e vai até a porta recebê-la.

Ele cumprimenta Marisa, apresenta-se, mostra a cadeira e senta-se na sua, em frente ao computador. Aguarda Marisa ajeitar-se e inicia.

Rafael: "Em que posso lhe ajudar hoje, Marisa?"

Marisa: "Eu vim aqui porque minha menstruação está atrasada 5 semanas e eu gostaria de saber se já é hora de realizar o exame de urina".

Rafael: "Ah, tudo bem! E o que mais, Marisa?"

Marisa: "É isso, Dr. Eu estou ansiosa *pra* saber se estou grávida".

Rafael: "Entendo... mais algum motivo lhe traz aqui?"

Marisa: "Estou muito comilona ultimamente, acho que um pouco ansiosa por conta desse atraso menstrual, e às vezes ando emotiva, chorando... mas acho que é normal da gestação. Então eu queria, além de fazer o exame de gestação, fazer alguns exames de *check-up*".

Rafael: "É isso, então?"

Marisa: "Sim, Dr."

Rafael: "Está bem, recapitulando o que me disse: você procurou atendimento pois está com atraso menstrual, acha que está grávida. Além disso, tem tido aumento de apetite, tem estado emotiva/chorosa e quer fazer *check-up*... é isso?"

Marisa: "Bastante coisa, né? Mas é isso, sim..."

Rafael: "Bom, Marisa, por onde você acha que devemos começar... o que mais lhe preocupa?"

Marisa: "Ah, Dr., acho que tudo está relacionado com o fato de eu achar que estou grávida... quero fazer logo esse exame..."

Rafael: "Está bem então, Marisa. Vamos começar falando sobre esse seu atraso menstrual, avaliar a necessidade deste e de outros exames. Aí vamos conversando para que eu a conheça um pouco mais, e, se preciso, já deixamos uma próxima conversa agendada, pode ser?"

Marisa: “Pode ser, sim!”.

Rafael: “Então vamos lá...”.

Fase inicial da consulta

Preparação para a consulta

Na Situação-problema 1, percebe-se que Dr. Rafael tomou alguns cuidados que antecedem a chamada e a presença da paciente no consultório. São ações que facilitam a comunicação na consulta, qualificam o encontro clínico e melhoram a satisfação e o envolvimento, tanto do profissional de saúde como da pessoa. Por exemplo, antes de iniciar um novo atendimento, é importante que o profissional de saúde concentre-se e observe como está o seu estado de ânimo (“Estou disposto e atento ou sonolento e cansado?”), prepare o ambiente para trabalhar com comodidade, com estratégias de organização para aumentar seu conforto, e certifique-se de que a consulta anterior está realmente encerrada para evitar interrupções e pensamentos sobre o encontro anterior.⁶

Aspectos do ambiente

Neste caso, Dr. Rafael realiza ajustes no ambiente antes da consulta, organizando a sala e arrumando o lençol. Este momento já é da paciente que irá entrar, pois prepara seu espaço para recebê-la. A ambiência do consultório deve ser acolhedora. A disposição da mesa e da cadeira é importante, pois pode afastar ou aproximar os profissionais das pessoas. A posição da mesa pode impedir a pessoa de olhar o profissional como um todo, e a distância e a possibilidade do toque podem mostrar maior ou menor empatia. A organização e a limpeza do ambiente demonstram respeito e atenção à pessoa que busca cuidado. A organização da mesa traduz um preparo, uma imagem de que tudo está pronto para acolher a demanda que angustia a pessoa. Os equipamentos necessários para a realização do exame físico devem estar facilmente disponíveis, higienizados e organizados para evitar perda de tempo ou quebra do fluxo da consulta.

É comum ocorrerem interrupções no consultório por parte da equipe de saúde para pegar materiais ou equipamentos na sala, deixar prontuários ou conversar com o profissional que está em atendimento. Essas interrupções podem significar uma invasão da história que está sendo contada, e causam uma quebra no fluxo de raciocínio, tanto da pessoa como do profissional. Por isso, pactos devem ser feitos com a equipe para evitar ao máximo as interrupções da entrevista clínica.

O corredor e a sala de espera também fazem parte do consultório, pois são a antessala do ambiente de cuidado. É importante que profissionais, a sua equipe e as pessoas que serão assistidas se conscientizem de que este é um ambiente de acolhimento, respeito e silêncio.

Aspectos pessoais

É possível que o profissional se organize para evitar saídas inesperadas do consultório, que podem atrapalhar a concentração e influenciar o fluxo da consulta. Dr. Rafael realiza ações durante a preparação e o início da consulta que mostram alguns desses aspectos pessoais: beber água e, apesar de estar com problema de saúde na família, o que o aflige, o médico revisa o que é possível para que, durante a consulta, a angústia e a curiosidade não atrapalhem o encontro clínico.

As emoções estão presentes na nossa vida, podendo ser de âmbito pessoal ou profissional e estar relacionadas ou não ao paciente. No dia a dia do trabalho, as relações interpessoais podem variar da amizade ao assédio moral, e esses sentimentos podem influenciar diretamente no resultado do trabalho dos profissionais. O profissional não tem a obrigação de gostar de todos os pacientes. Alguns podem trazer boas lembranças, outros, lembranças de brigas ou experiências ruins vividas previamente. É importante que o profissional de saúde tenha a capacidade de separar esses sentimentos e racionalizar as emoções para que estas não influenciem o momento singular que é o novo encontro entre duas pessoas com o intuito de ouvir e tentar trazer conforto e soluções.

Técnicas de respiração e relaxamento, assim como o trabalho com grupos de ajuda entre profissionais (grupos Balint), têm trazido grandes benefícios para profissionais no cuidado em saúde (ver Capítulos 7, Reações emocionais dos profissionais de saúde nos encontros clínicos, e 8, Introdução aos grupos Balint).

Aspectos assistenciais

Dr. Rafael não conhecia Marisa e, antes da consulta, revisou as anotações do último encontro, informações fundamentais para que conduzisse a consulta. Um bom registro no prontuário é imprescindível para o raciocínio clínico e para relembrar ao profissional as especificidades do problema de saúde e os planos elaborados anteriormente. Isso facilita a continuidade e a coordenação do cuidado. Utilizando o registro orientado por problemas, o profissional não precisa reler todo o prontuário antes da consulta, podendo focar no registro anterior da consulta e na lista de problemas.

É comum ocorrer atrasos nos atendimentos de pacientes que demandam mais cuidado ou quando há excesso de pacientes agendados. O profissional deve desenvolver habilidades e atitudes de comunicação com seus parceiros de trabalho, assim como realizar uma organização de sua agenda de trabalho para amenizar problemas assistenciais que possam vir a ser uma barreira de comunicação no cotidiano dos atendimentos.⁷

O tempo de consulta é fator relevante na satisfação da pessoa que consulta e do profissional. É importante que o sistema de marcação e o tempo da consulta sejam determinados pela necessidade do indivíduo que busca atendimento, adequando-se à agenda do profissional, que pode utilizar um tempo maior para o cuidado da pessoa.⁷ Com a qualificação do trabalho em equipe, o entendimento da importância da organização da agenda e o uso do prontuário eletrônico, é possível avançar na melhoria da qualidade da comunicação no cuidado com os pacientes, melhorando condições de trabalho e diminuindo o estresse de toda a equipe.

Recepção do paciente

O primeiro minuto da consulta tem grande valor simbólico. O bom profissional de saúde é acolhedor e faz as pessoas se sentirem cómodas, à vontade.⁸ Para isso, é importante demonstrar, nos primeiros minutos, que a pessoa atendida é o centro do ato clínico e que a atenção do profissional está toda voltada para ela, e não para papéis ou para o computador.⁶ Isso fará a pessoa sentir-se mais confiante para falar sobre suas preocupações.

No caso, Dr. Rafael mostra-se cordial, apesar de estar preocupado, recebendo Marisa à porta e cumprimentando-a. A primeira impressão é imprescindível para traçar os rumos da confiança. Por isso, é importante uma atmosfera amistosa e empática ao receber os pacientes. A cordialidade é um elemento básico para qualquer relacionamento, sendo seus marcadores de atenção durante a consulta: cumprimentar o paciente, sorrir, apresentar-se, dizer o nome do paciente, e manter contato visual e o tom de voz.⁵

A apresentação do nome e da função do profissional é essencial, principalmente nos primeiros encontros. Isso transmite maior segurança e pode iniciar um vínculo. A comunicação sobre como a consulta vai se desenvolver tranquiliza o paciente. Por exemplo, esclarecer sobre o tipo de consulta (se agendada, retorno, encaixe, urgência), explicar sobre o tempo disponível, já planejando o tempo da consulta, e sobre a necessidade de anotações, leitura de prontuário e exames, exame físico ou outros fatos que vão acontecer durante aquele ciclo.

Em relação ao cumprimento ao paciente, depende muito do estilo do profissional e também da relação estabelecida em outras ocasiões. Não existem regras sobre o que é permitido ou proibido, nem mesmo deveres dos profissionais. Recorda-se aqui da **Lei do eco emocional**: você receberá de seus pacientes o que der a eles na consulta. Se der sorrisos, receberá sorrisos; se der hostilidade, receberá hostilidade.⁶

Abertura da entrevista

A pergunta inicial da entrevista deve ser aberta, mas, ao mesmo tempo, focada nas demandas que trazem a pessoa ao consultório. No caso, a primeira pergunta de abertura da entrevista de Dr. Rafael poderia ser mais focada, como “Qual é o motivo da consulta hoje?”, que tende a direcionar o paciente diretamente ao motivo da consulta. Perguntas muito gerais (“Como está?”) podem levar o paciente a divagar por temas que não são os motivos de consulta.⁶ As primeiras perguntas são feitas para deixar o paciente falar. Neste momento, recomenda-se que o profissional procure situar-se no mundo do paciente, podendo, por enquanto, não iniciar o raciocínio clínico.

Aproximadamente 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos, em média, depois de 15 a 20 segundos de explicação do problema. Quando o paciente não é interrompido, geralmente fala por cerca de 2 minutos e isso aumenta a probabilidade de expor os seus medos e preocupações.^{9,10} Não existe uma regra fixa sobre o tempo mínimo que se deve utilizar para ouvir as demandas. A disponibilização de um tempo com a atenção toda voltada para a pessoa e o uso de perguntas corretas são os aspectos mais importantes.

Quando o paciente é interrompido, há menos chance de ele contar ao profissional sobre os reais motivos da consulta. Ao evitar interromper a fala do paciente, provavelmente o profissional de saúde precisará fazer menos perguntas depois.

Após a pessoa apresentar os motivos da consulta, recomenda-se fazer uma **prevenção de demandas aditivas**,⁶ ou seja, perguntar “Algo mais?” ou “Mais algum motivo de consulta?”, para esgotar todas as demandas já nessa fase. A prevenção de demandas aditivas diminui a chance do “sinal da maçaneta”, que ocorre ao fim da consulta: o paciente já está com a mão na maçaneta da porta para sair, quando então traz mais motivos de consulta. Mesmo que o paciente traga muitas demandas de consulta, é melhor saber no início, pois assim o profissional pode ainda priorizar com o paciente quais motivos vai abordar e planejar melhor a condução da consulta.

No exemplo descrito, observa-se que Dr. Rafael utiliza perguntas que possibilitam a fala de Marisa e demonstram todas as razões pelas quais ela comparece ao encontro. A repetição e a insistência para saber se há mais razões que a afligem (“E o que mais... Mais algum motivo lhe traz aqui?”) estimulam que ela pense sobre tudo que a leva ao encontro e previne demandas aditivas.

Negociação da agenda

O termo “agenda” se refere aos problemas de saúde considerados como motivos de consulta. Abordar a **agenda do paciente** significa descobrir quais são as queixas, as preocupações, os sentimentos e as expectativas da pessoa que busca um atendimento.⁷

Recomenda-se que os profissionais de saúde identifiquem os problemas de saúde prioritários de cada consulta.⁷ A agenda idealmente deve ser acordada entre o profissional e o paciente antes do início da exploração dos problemas, pois a identificação precoce da agenda do paciente influencia o resultado final da consulta.^{1,2} Assim, identificar e entender os motivos que levam a pessoa a procurar o profissional deveria ser a primeira tarefa de toda consulta.⁷

Nem sempre o que a pessoa declara como motivo da consulta é o que realmente deseja consultar. O primeiro problema relatado não necessariamente é o mais preocupante para essa pessoa ou o motivo pelo qual realmente deseja consultar.^{1,3,6} Assim, é preciso abordar o que Barsky¹¹ denominou de:

- **agenda oculta:** motivos de consulta importantes, mas sobre os quais o paciente tem dificuldade de falar, por motivos de ansiedade ou medo. Nessa fase, é também importante diferenciar o que são demandas e o que são queixas do paciente;
- **diferença entre queixa e demanda:** é a expectativa de que o profissional possa ou não apresentar uma solução. **Demanda** é o que se espera que seja solucionado pelo médico, como o pedido de algo que pode ser dado ao paciente, e **queixa** é mais uma lamentação de um processo de envelhecimento, ou indisposições crônicas de impossível resolução, por exemplo.

A negociação da agenda inicia a partir da sumarização das demandas trazidas pelo paciente. O profissional recapitula o que a pessoa trouxe, conferindo e fazendo o paciente refletir sobre aqueles motivos. A partir disso, inicia a fase de busca da agenda principal daquele ciclo de cuidado.

Pode-se observar, na Situação-problema 1, que Dr. Rafael empregou a técnica da sumarização das queixas para iniciar a negociação da agenda e tentou priorizar uma das demandas de Marisa. As duas acordam quais aspectos são mais importantes para ambas.

Esse pequeno diálogo, que durou menos de 2 minutos, garantiu que Marisa trouxesse aspectos importantes sobre motivos da consulta e mostrou a Dr. Rafael quais aspectos ele terá que focar em seu cuidado.

Fase de exploração: obtenção de informações

Após a construção da agenda, junto com o paciente, inicia a fase de exploração do problema. A conversa é retomada pelo assunto que surgiu como prioritário na agenda para o paciente. O ideal é iniciar sempre com **perguntas abertas**, de maneira que o paciente tenha oportunidade de escolher o conteúdo das respostas¹² e, assim, trazer informações de maior qualidade. No caso descrito, uma pergunta aberta que pode auxiliar no início desta etapa seria: “Pode me contar mais sobre esse atraso da menstruação?”. Alguns outros exemplos de perguntas para esta fase: “Quer falar mais sobre isso?”, “O que tem acontecido desde que esses sintomas começaram até agora?”.

Neste primeiro momento da obtenção de informações, o principal objetivo é compreender, sob a perspectiva do paciente, o que ele pensa e sente em relação à sua situação, ou o que o problema representa para sua vida, com uma **entrevista focada na pessoa**.¹² O uso das competências comunicacionais, neste momento, tem como objetivos obter a perspectiva da pessoa e demonstrar empatia. A ideia é que o profissional de saúde “entre no mundo do outro” e permita ao paciente explicar o problema com suas próprias palavras,¹³ buscando entender seu ponto de vista e o significado e a importância das queixas na sua vida, assim como as suas expectativas de cuidado¹² (ver Capítulo 5, Abordagem centrada na pessoa).

É importante procurar entender a sensação de vivência individual do sofrimento,^{14,15} contextualizando no seu universo familiar, cultural e social. Perguntas como “Quais são suas preocupações?” são estratégias eficazes para abordar os medos do paciente. Além disso, é importante avaliar riscos, fazer uma identificação precoce de doenças e avaliar complicações, se adequado.¹⁶ Deve-se procurar encontrar os significados do sofrimento do paciente relacionando à sua história de vida.¹⁶ O profissional precisa estar atento para não priorizar a **agenda do médico** (problemas para o médico), em vez da **agenda do paciente** (problemas para a pessoa).

Cabe salientar que é nessa fase que se deve avaliar a experiência da doença (*illness*) da pessoa, os sentimentos, as ideias, as expectativas e os medos do paciente,^{14,15} mas também obter todas as informações necessárias sobre a doença (*disease*) para estabelecer um correto diagnóstico clínico.

Essa etapa da entrevista busca respostas para questões específicas baseadas em hipóteses que o profissional de saúde colocou a partir da narrativa anterior do paciente.¹² Pode-se iniciar com perguntas abertas ou pelo resumo do que o paciente já referiu sobre o sintoma, para posteriormente recorrer a perguntas fechadas ou perguntas em catálogo. As perguntas em catálogo dão uma série de possibilidades de respostas ao paciente. Um exemplo de diálogo dessa etapa seria o descrito na Situação-problema 2.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 2

Rafael: "Agora preciso fazer algumas perguntas mais específicas para entender melhor o que acontece com você, pode ser?"

Marisa: "Sim, claro!"

Rafael: "É a primeira vez que a menstruação atrasa?. **(Pergunta fechada)** Me explique um pouco melhor".

Marisa: "Não. No último ano ela tem atrasado. Às vezes fico 2 a 3 meses sem menstruar e depois ela desce. Toda vez fico aflita, pois penso que posso estar grávida, faço exame na farmácia e nada... Também me preocupa o fato de poder estar entrando na menopausa".

Rafael: "Compreendo. E como era a menstruação antes de 1 ano?". **(Pergunta fechada)**

Marisa: "Eu estava usando pílula, daí ela vinha todo mês. Quando conheci meu atual companheiro, há 1 ano, parei a pílula porque ele queria ter um filho, e daí ela começou a atrasar..."

Rafael: "Notou algum enjoo, vômito ou sensação de desmaio junto com esse atraso?". **(Pergunta em catálogo)**



Após caracterizar os sintomas atuais, o profissional de saúde passa a obter informações sobre história clínica passada, história clínica familiar e história psicossocial.

Outro pilar dessa fase da entrevista é a empatia. A empatia se caracteriza por um estado emocional do entrevistador que permite detectar as emoções em seu interlocutor (primeiro momento da empatia) e como consequência consegue evidenciar que percebeu essa emoção (segundo momento da empatia), seja em nível verbal ou não verbal.¹⁷ A resposta empática permite que o paciente se sinta ouvido, compreendido, tranquilizado e não julgado/criticado, encorajando-o na partilha da informação.¹²

Esta é uma parte desafiadora da entrevista, pois os profissionais são treinados para buscar informações focadas na doença e para usar, na maioria das vezes, perguntas fechadas. Contudo, ao fazer uso das habilidades comunicacionais, consegue-se apoiar o

relato, facilitar a comunicação, ajudar na exploração da informação e, simultaneamente, demonstrar cuidado, empatia e partilha.¹²

As técnicas de entrevista mais utilizadas nessa fase da entrevista são: técnica de comunicação não verbal, perguntas abertas, encorajamento verbal curto, reflexões em espelho, silêncios, seguimento de pistas verbais, paráfrases, sumários, linguagem positiva e escuta ativa.¹²

A **Tabela 1.1** define e exemplifica o uso dessas técnicas relacionadas ao caso com a paciente Marisa e o Dr. Rafael.

Tabela 1.1 - Técnicas de entrevista	
Descrição	Exemplos
Perguntas abertas: em geral, começam por como, o que, por que e dão a palavra à pessoa; facilitam a fala do paciente e fornecem grande quantidade de informação; não podem ser respondidas com um monossílabo, como as fechadas	Rafael: Pode me contar mais sobre esse atraso da menstruação? Quer falar mais sobre esse atraso da menstruação?
Técnica de comunicação não verbal: inclui acenar com a cabeça enquanto o paciente narra a história; manter a face expressiva; inclinar-se para a frente; dizer “aham”; manter contato visual; fazer e respeitar os silêncios; evitar escrever ou olhar para o computador enquanto o paciente fala; oferecer lenço sempre que o paciente chorar	Marisa: Sabe, Dr., estou me sentindo muito ansiosa e a menstruação atrasou... estou há tempo tentando engravidar e quero muito estar grávida... estou muito aflita com essa situação. Mas também me preocupo pois posso estar entrando na menopausa. Rafael: Aham (mantém contato visual, postura relaxada na cadeira)
Encorajamentos verbais curtos: encorajam a continuação do relato por parte do paciente sem orientar para tópicos particulares (“continue”, “sim”, “entendo”)	Marisa: Sabe, Dr., estou há 1 ano com meu companheiro e ele não tem filhos... quero muito estar grávida... Rafael: Entendo. Você quer muito estar grávida.
Reflexões em espelho: exploram um determinado assunto utilizando as expressões do paciente sem introduzir qualquer significado dado pelo clínico	Marisa: E já se passam 40 dias e nada da menstruação. Eu só tenho pensado nisso. Rafael: Só tem pensado nisso.
Seguimento de pistas verbais: consiste em empregar expressões, frases, ideias ou palavras do paciente introduzindo-as na entrevista em momentos posteriores aos quais foram utilizadas; imprime continuidade à entrevista e demonstra ao paciente que o profissional está atento e interessado	Rafael: Falou-me há pouco que a menstruação está atrasada e deseja muito engravidar e está muito ansiosa em saber sobre a possibilidade de gravidez . Pode me falar um pouco dessa ansiedade?
Paráfrases: devolvem ao paciente uma ideia que este transmitiu, mas pelas palavras do profissional de saúde, que resume e captura a essência do que foi dito, confirmando com o paciente se foi isso que pretendia dizer	Marisa: O meu companheiro também está preocupado comigo e tem me dado muito apoio. Ele só não veio junto porque está trabalhando hoje. Rafael: Então seu companheiro também está preocupado com você e tem lhe apoiado, é isso?

(continua)

(Continuação)	
Sumários/resumos: permitem rever a história do paciente, condensando-a, indicando-lhe que foi ouvido e dando-lhe a oportunidade de corrigir algo que não corresponda ao que foi dito ou acrescentar algo que falte	Rafael: Então você veio à consulta hoje porque a menstruação está atrasada e, como deseja muito engravidar, está ansiosa para saber se está grávida. Compreendi bem?
Linguagem positiva: transmite atitude positiva e afirmativa que tranquiliza o paciente	Substituir “Lembre-se de que não pode...” por “Lembre-se de que é melhor...”
Escuta ativa: participação ativa do profissional na consulta, prestando atenção ao conteúdo verbal e não verbal do paciente e focando nas pistas deixadas por ele	

Fonte: Elaborada pelas autoras com base em Mota Cardoso.¹²

Além das técnicas descritas, é importante que o profissional utilize estratégias para demonstrar empatia. A resposta empática permite que o paciente se sinta ouvido, compreendido, tranquilizado e não julgado. A resposta empática pode ocorrer de forma não verbal com silêncios, contato visual e sorrisos em momentos adequados.

Outras possibilidades de resposta empática verbal:

- **nomear/refletir** a emoção (“Vejo que você está bem preocupada com isso”);
- **validar/normalizar** a emoção (“É natural que se sinta preocupada... qualquer pessoa nessa situação se sentiria assim”);
- **apoiar** a pessoa (“Eu sei que tem passado por momentos ruins, mas o fato de ter buscado ajuda é muito importante”);
- **formar aliança** (“Vamos juntas trabalhar para entender o que se passa”).

Ao fim dessa etapa (fase de exploração), recomenda-se que o profissional faça um breve sumário para confirmar com o paciente se este compreendeu bem as informações e se ele tem algo a acrescentar. É importante usar frases de transição ao mudar de temas, focos de abordagem e/ou etapas.

Cuidado!

Atitudes a evitar durante a entrevista:

- Crítica e juízo de valor (aceitação do outro na sua diferença e dificuldades)
- Respostas que encerram o diálogo
- Perguntas “por que”, que podem ser interpretadas como crítica, juízo de valor ou acusação
 - “Por que não tomou os comprimidos?”
 - “Por que faltou à consulta?”
- Perguntas sugestivas: quando se quer forçar que o paciente considere nossa perspectiva
 - “Já está muito melhor, não está?”
 - “E a cabeça também lhe dói, não é?”
- Perguntas na negativa
 - “E dor de cabeça, não tem tido?”
 - “Não tem mais nada a dizer?”
- Uso de diminutivo: retira a importância, minimiza, infantiliza o paciente
 - “Tomou os comprimidinhos que passei?”; substituir por “Tomou os comprimidos que passei?”
 - “Como está a dorzinha?”; substituir por “Como está a dor?”

Comunicação não verbal

Os profissionais revelam muitas informações sobre si e seus sentimentos pela linguagem corporal.¹³ Por isso, durante a consulta, é fundamental a atenção à expressão não verbal, em especial:

- ▶ fazer contato visual no início da entrevista;
- ▶ não olhar demasiadamente para a tela do computador ou para o registro;
- ▶ manter mãos, pés e objetos em repouso ou sem movimentos repetidos, sem mostrar apreensão;
- ▶ manter expressão facial que demonstre atenção, respeito e empatia.

O conjunto e a interação da comunicação verbal e não verbal têm grande efeito na satisfação do paciente com a consulta.¹³

Fase de compartilhamento de informações e tomada de decisão

Nessa fase da entrevista clínica, as informações que foram coletadas serão organizadas pelo profissional para fornecer informações relevantes e facilitar a tomada de decisão. A partir dessa fase, o profissional de saúde dividirá seu ponto de vista com o paciente e os familiares, compartilhando informações e, sempre que possível, auxiliando no processo de decisão compartilhada.^{6,8}

Compartilhamento de informações

O profissional tem as avaliações e as hipóteses elaboradas; agora é o momento de compartilhar essas informações com o paciente e os familiares. No caso apresentado, Dr. Rafael está pensando nas hipóteses de ser realmente uma gestação, ou Marisa já estar iniciando o climatério. Entendendo toda a expectativa da pessoa, como no caso de Marisa, o profissional deve perceber qual é a intensidade e a gravidade das informações que serão fornecidas, como o profissional sente-se para fornecer essas informações e o quanto a relação com o paciente até esse momento pode interferir, de forma negativa ou positiva, na entrevista clínica.¹⁷

O compartilhamento de informações inicia com a percepção, pelo profissional, sobre o quão preparado está o paciente para receber as informações (mais relacionado com aspectos cognitivos) e o quanto ele deseja saber sobre sua condição (aspectos emocionais). Isso aumenta a efetividade da comunicação e a assertividade do profissional.¹⁸

Inicialmente, o profissional deve fornecer à pessoa todas as informações fundamentais para que esta possa ter entendimento aceitável sobre a sua condição de saúde. Essa informação está relacionada tanto ao contexto clínico quanto social. O enfoque da informação muda de acordo com o problema que é trazido pela pessoa: se a doença é grave, se é aguda ou crônica, entre outras características.⁸

Em todas as consultas, é necessário que o profissional identifique quais informações o paciente deseja, e estas devem ser sempre respondidas. O profissional de saúde deve ter claro quais são as expectativas e as crenças do paciente sobre sua condição de saúde para que todas as dúvidas possam ser esclarecidas (ver Capítulo 20, Comunicação de notícias difíceis).

Algumas técnicas de entrevista utilizadas pelos profissionais podem aumentar o entendimento e a participação dos pacientes e familiares na tomada de decisão:

- ▶ **resumo ou sumarização:** fazer um resumo das informações que o paciente trouxe e do que foi entendido demonstra interesse, além de confirmar que o que foi entendido era realmente o que a pessoa pretendia manifestar;²
- ▶ **clareza e objetividade na linguagem:** é importante evitar linguagem técnica ou jargão médico. Evitar linguagem científica e adaptar a linguagem à idade, ao nível intelectual e à educação do paciente. Procurar ser conciso, concreto e específico;
- ▶ **categorização:** organizar as informações para o paciente auxilia na memorização e no entendimento delas. Quanto maior o número de informações essenciais a serem fornecidas para o paciente, mais é necessário utilizar essa técnica. Na categorização, o médico informa quantos tópicos serão informados e discutidos;
- ▶ **silêncio:** é utilizado em diversos momentos durante a entrevista clínica, inclusive na partilha de informação, já que o paciente deve ter espaço para refletir sobre a sua condição e o plano que está sendo proposto, além de conseguir se conectar com os seus sentimentos e valores efetivamente;
- ▶ **feedback:** o profissional solicita uma devolutiva do paciente sobre o seu entendimento a respeito do que foi tratado no encontro até o momento. Essa devolutiva pode ser realizada principalmente por meio de três formatos¹⁷ – **Tabela 1.2).**

Tabela 1.2 - Devolutiva: tipos de <i>feedback</i>	
Tipo de <i>feedback</i>	Exemplo
Feedback sim ou não: perguntado de forma dicotômica sobre o entendimento do paciente	Você entendeu o que conversamos até agora?
Feedback diretivo: é solicitado que a pessoa repita as informações que recebeu até o momento	Você poderia repetir com as suas palavras o que acabei de lhe dizer?
Feedback colaborativo: é solicitado que o paciente informe o que ele compreendeu do que foi discutido até o momento	Poderia me dizer o que entendeu do que conversamos até agora?

Fonte: Autoras.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 3

Pode-se inferir o seguinte diálogo para este momento da entrevista a partir das técnicas expostas.

Rafael: “Pelo que conversamos até o momento, você está com atraso menstrual que acredita ser porque está grávida. Mas também falamos que esses atrasos menstruais começaram desde que parou o anticoncepcional, o que pode ser um indicativo de que a menopausa está próxima. O que pensa sobre o que acabei de lhe dizer?”. (**Sumarização e informação essencial com clareza**)

Após alguns segundos... (**Silêncio**)

Marisa: “Pensando agora, acho que pode ser uma possibilidade. Minha mãe parou de menstruar com 43 anos... Acho que esse pode ser o motivo que me faz estar tão ansiosa, pois não tenho muito tempo. E quero muito ser mãe”.

Rafael: “Tendo essas duas possibilidades em vista, vamos primeiro descartar que não esteja grávida e, caso o exame resulte negativo, conversaremos sobre como ajudar na sua necessidade de ser mãe”. **(Categorização)**

Marisa: “Ok, acho que deve ser assim mesmo”.

Rafael: “Poderia me dizer o que ficou para você do que conversamos antes de terminarmos a consulta?”. **(Feedback)**

Marisa: “Bom, falamos sobre o meu atraso menstrual... Eu acredito e quero estar grávida, mas tem a possibilidade de eu estar entrando na menopausa. Farei um exame de sangue e, se não estiver grávida, você tentará me ajudar para que eu fique grávida”.

Tomada de decisão

O profissional de saúde deseja fornecer informações que, no seu entendimento, os pacientes idealmente devem saber. Entretanto, se as expectativas dos pacientes não forem atendidas, provavelmente o sucesso do plano terapêutico não será atingido, e tanto o profissional quanto o paciente poderão se sentir frustrados.⁷ Diante dessa necessidade, é importante que o paciente participe ativamente na elaboração do seu plano de cuidado e das decisões referentes à sua saúde.

O processo de tomada de decisão pode ocorrer por:^{8,18}

- ▶ **decisão paternalista:** o médico decide as condutas e o paciente opina no plano a ser tomado. Essa forma de decisão é importante em situações de risco de morte iminente;
- ▶ **escolha informada:** o profissional de saúde fornece as informações necessárias com base em evidências científicas, porém sem emitir opinião sobre qual é a melhor opção, e não há a preocupação em ajudar a individualizar as opções;
- ▶ **tomada de decisões compartilhada:** o profissional de saúde oferece as opções de tratamento com base nas melhores evidências científicas, e tenta envolver o paciente na decisão e saber o que ele pensa a respeito do plano terapêutico. O profissional e o paciente encontram, juntos, a melhor opção de forma individualizada.

A maioria dos pacientes quer estar envolvida na decisão do seu tratamento.^{2,19} A tomada de decisão compartilhada tem demonstrado trazer maior adesão terapêutica e melhores resultados de saúde.^{5,12} Deve ser almejada nas consultas ambulatoriais, em especial em situações de doenças crônicas, ou com grande morbimortalidade.

Nesse processo de decisão compartilhada, é fundamental que o profissional e o paciente consigam estabelecer um relacionamento sincero e aberto, e que as expectativas, ideias e crenças relacionadas ao plano terapêutico estejam claras. O profissional deve mostrar-se aberto a esclarecer todas as dúvidas referentes à condição de saúde da pessoa

Dica

É útil fornecer materiais escritos, esquemas, desenhos, filmes, vídeos, *podcasts* e outros meios para aumentar o entendimento do paciente e motivá-lo para aderir ao plano terapêutico.¹⁸ O profissional deve estar atento sobre se os pacientes são alfabetizados e se têm acesso a outros formatos e mídias, como a internet.

para que ela tenha conhecimento suficiente e autonomia para tomar uma decisão compartilhada.

Nesse processo, busca-se uma aliança terapêutica, com definição dos objetivos do tratamento e dos papéis do paciente e do profissional. Explicar alternativas possíveis e negociar planos são passos determinantes dessa fase. O profissional coloca-se como guia, compartilhando informações, indicando alternativas ao paciente e permitindo que ele escolha entre essas alternativas.²⁰ Estratégias práticas para abordar temas de saúde, ultrapassando a fronteira do conselho e buscando o diálogo, têm sido propostas por meio da entrevista motivacional²⁰ (ver Capítulo 4, Entrevista motivacional).

O profissional de saúde deve ter flexibilidade para ceder quando necessário e adequar o tratamento à rotina e aos hábitos do paciente. Também deve ser realista em relação ao tempo, ao uso adequado dos recursos disponíveis e a seus próprios limites, bem como acionar a equipe para divisão de tarefas, quando necessário. O plano e a tomada de decisão compartilhada de cuidados de saúde devem ser baseados na melhor evidência disponível e integrados com os valores e as preferências do paciente.¹²

Não esquecer

A tomada de decisão compartilhada está diretamente relacionada à literacia da pessoa. Portanto, na realidade brasileira, em que muitas vezes os pacientes não são alfabetizados, o processo de tomada de decisão torna-se mais demorado. Cabe ao profissional estabelecer uma relação em que, aos poucos, o paciente incorpore as informações e as reflexões exigidas para tomar as melhores decisões.¹⁴

Fase de finalização (término da consulta)

Esta última fase do encontro terapêutico tem como principais funções estabelecer o entendimento do paciente sobre o que foi conversado durante a consulta e acordar os próximos passos que serão dados, tanto pelo paciente quanto pelo profissional.⁸

Após o término da etapa de tomada de decisão, é importante que o profissional indique que o encontro está chegando ao final. O entendimento do que foi conversado durante todo o encontro deve ser realizado. Portanto, o resumo ou uma sumarização deve ser feita pelo paciente ou pelo profissional de saúde para comprovar a capacidade de compreensão das informações e checar o entendimento do paciente.^{8,18}

SITUAÇÃO-PROBLEMA 4

Rafael: "Hoje falamos sobre as suas preocupações em relação ao atraso menstrual. Me diga o que fará até o próximo atendimento".

Marisa: "Vou à recepção para marcar o exame de sangue, e voltarei aqui assim que tiver o resultado ou assim que eu menstruar".

Rafael: "Isso mesmo. Ficou com alguma dúvida?".

Marisa: "Não. Acho que entendi tudo".

Todas as dúvidas devem ser esclarecidas, e é de suma importância reforçar os acordos do plano terapêutico pactuados. Deve-se combinar o próximo encontro, orientar sobre onde e quem procurar até a próxima consulta em caso de dúvida ou necessidade, assim

como motivar o paciente para o plano terapêutico, destacando os aspectos positivos do modo de reagir do paciente.¹⁸

Se mesmo fazendo prevenção de demandas aditivas no início o paciente vier com mais queixas no final, cabe ao entrevistador avaliar se reinicia a entrevista ou se, com paciência, diz algo como: “Isso que você está me contando é muito importante e merece ser analisado com mais tempo. Como o nosso tempo hoje acabou, o que acha de marcarmos outra consulta?”¹

QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA*

1. Em relação à fase inicial da consulta, um dos erros mais comuns cometidos pelos profissionais de saúde é:
 - a) Interromper.
 - b) Chorar.
 - c) Perguntar.
 - d) Escutar.
2. A resposta empática durante a entrevista permite que o paciente se sinta ouvido. Qual das alternativas a seguir é uma resposta empática?
 - a) Sumário.
 - b) Paráfrase.
 - c) Silêncio.
 - d) Pergunta aberta.
3. É pressuposto da fase de finalização da consulta:
 - a) É a fase mais importante da consulta e o profissional de saúde deve possibilitar que apareçam novas queixas.
 - b) É o momento de verificar o entendimento do paciente sobre o que foi abordado e acordar os próximos passos.
 - c) É o momento em que predomina a fala do profissional de saúde orientando sobre o plano terapêutico.
 - d) Deve-se evitar a sumarização nessa etapa da entrevista.

REFERÊNCIAS

1. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Medical; 2005.
2. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. The Calgary Cambridge approach to communication skills teaching 2: the Set-Go method of descriptive feedback. Educ Gen Pr. 1997;8:16-23.
3. Gadotti M. Pedagogia da práxis. São Paulo: Cortez; 1998.
4. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. Med Educ. 2008;42(11):1100-7.
5. Cléries X. La Comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
6. Borrell F. Entrevista clínica: manual de estratégias prácticas. Barcelona: SEMFYC; 2004.
7. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e pessoa. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Entralgo PL. El médico y el enfermo. 2. ed. Madrid: Triacastela; 2003.
9. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior 65 on the collection of data. Ann Intern Med. 1984;101(5):692-6.
10. Rabinowitz I. Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of the clinical encounter: observation intervention study in primary care. BMJ. 2004;328(7438):501-2.
11. Barsky AJ 3rd. Hidden reasons some patients visit doctors. Ann Intern Med. 1981;94(4 pt 1):492-8.
12. Mota Cardoso R, organizador. Competências clínicas de comunicação. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2013.
13. Lloyd M, Noble L, Boyd R. Clinical communication skills for medicine. 4th ed. London: Elsevier; 2018.

*Acesse as respostas e comentários às questões de múltipla escolha em <https://apoio.grupoa.com.br/comunicacaoclinica>.

14. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
15. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
16. Borrell-Carrió F, Dohms MC, Fontcuberta J. Utilização da filmagem de consultas para o aprendizado. In: Gusso G, Lopes J, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade princípios, formação e prática*. Porto Alegre; 2012.
17. Borrell-Carrió F. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.
18. Dohms M, Borrell-Carrió F, Fontcuberta J. Relação clínica na prática do médico de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 146-55.
19. Dohms M, Borrell-Carrió F, Fontcuberta JMB. Utilização da filmagem de consultas para o aprendizado. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 482-89.
20. Lloyd M, Bor R, Noble L. *Clinical communication skills for medicine*. 4th ed. London: Elsevier; 2018.