



# Telessaúde

## Santa Catarina

Apresentações

## Habilidades de Comunicação na prática do MFC

Estratégias práticas para facilitar a relação médico-paciente

**Marcela Dohms**

Médica de Família e Comunidade / Pref. Munic. Florianópolis

Mestrado Saúde Pública / UFSC

Preceptora de Residência em Medicina de família e Comunidade / UFSC

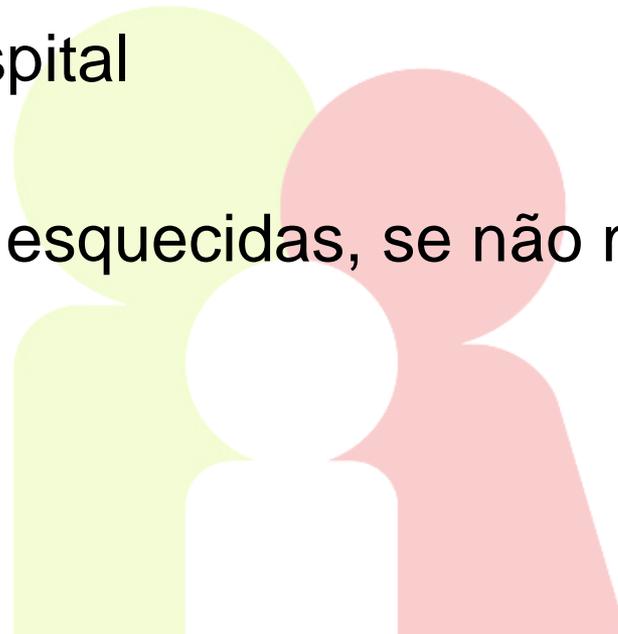
Grupo de Comunicação e Saúde – ACMFC / SBMFC

<http://telessaude.sc.gov.br>  
[telessaude@saude.sc.gov.br](mailto:telessaude@saude.sc.gov.br)  
+55 (48) 3212-3505



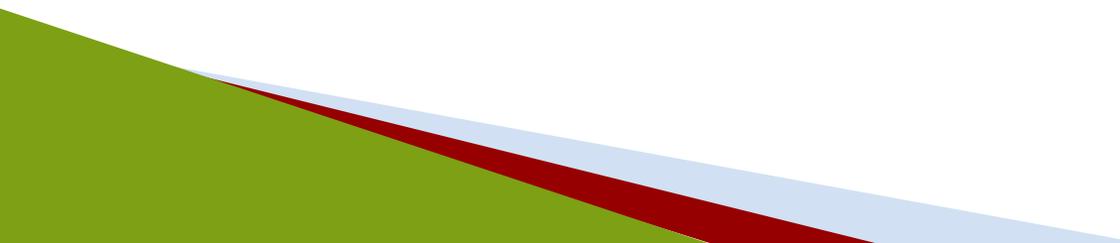
# Comunicação clínica

- ▶ Consensos nacionais e internacionais
- ▶ Todos os níveis de formação
- ▶ Ferramenta de todos os profissionais da saúde, essencial ao médico
- ▶ Atenção Primária x hospital
- ▶ Tecnologia leve
- ▶ Habilidades facilmente esquecidas, se não mantidas na prática



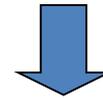


# Consequências da má comunicação entre médicos e pacientes

- 54% das queixas dos pacientes não são detectadas pelos profissionais
  - Em 50% das consultas, profissionais e pacientes não estão de acordo sobre o motivo principal
  - 50% dos pacientes não cumprem total ou parcialmente o tratamento
  - Associação com erro clínico
- 

## Profissionais com menos reclamações

- os que orientavam melhor os pacientes
- utilizavam o humor
- escutavam mais
- facilitavam para o paciente falar
- pacientes apresentavam resultados de saúde mais positivos



(Levinson, 1997).

### Pacientes:

- diminuição da utilização dos serviços de saúde
- melhora da aderência aos tratamentos
- redução de preocupações
- melhora saúde mental
- redução de sintomas (\*Little, 2001)
- melhora da recuperação de problemas recorrentes

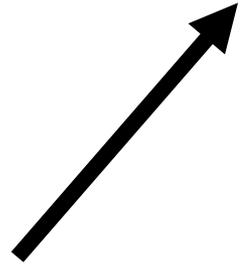
### Profissionais:

- informações com mais facilidade e qualidade
- diagnóstico mais preciso
- têm melhor resultados de tratamento
- são mais seguros
- cometem menos erros clínicos
- melhores relações de trabalho em equipe
- aumento de satisfação no trabalho
- diminuição do estresse - prevenção de *burnout*

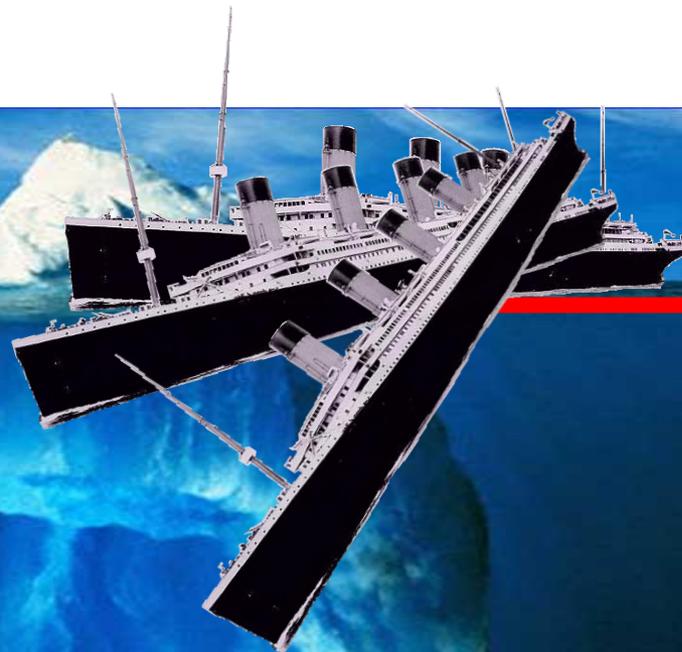
(Stewart, 1995; Kurtz, 2005).

Metáfora do *Iceberg*...

**- O que se vê = 10%**

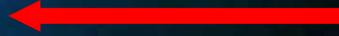


Acima d'água



Na linha d'água

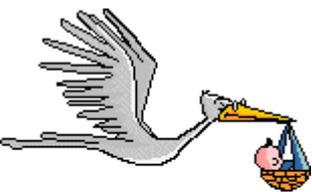
**Abaixo da  
linha d'água**



# Na Abordagem Tradicional: *a ponta do iceberg e a linha d'água*



na  
abordagem  
tradicional



a  
Abordagem  
Centrada  
na Pessoa:  
todo *iceberg*

©All content is copyright by original owners  
On any reprint: please include references as shown on the last page of the guide

## CALGARY - CAMBRIDGE GUIDE TO THE MEDICAL INTERVIEW – COMMUNICATION PROCESS

### INITIATING THE SESSION

#### Establishing initial rapport

1. Greet patient and obtain patient's name
2. Introduce self, role and nature of interview, obtains consent if necessary
3. Demonstrates respect and interest, attends to patient's physical comfort

#### Identifying the reason(s) for the consultation

4. Identifies the patient's problems or the issues that the patient wishes to address with appropriate **opening question** (e.g. "What problems brought you to the hospital?" or "What would you like to discuss today?" or "What questions did you hope to get answered today?")
5. Listens attentively to the patient's opening statement, without interrupting or directing patient's response
6. Confirms list and screens for further problems (e.g. "so that's headaches and tiredness, anything else.....?")
7. Negotiates agenda taking both patient's and physician's needs into account

### GATHERING INFORMATION

#### Exploration of patient's problem

8. Encourages patient to tell the story of the problem(s) from when first started to the present in own words (clarifying reason for presenting now)
  9. Uses open and closed questioning technique, appropriately moving from open to closed
  10. Listens attentively, allowing patient to complete statements without interruption and leaving space for patient to think before answering or go on after pausing
  11. Facilitates patient's responses verbally and non-verbally e.g. use of encouragement, silence, repetition, paraphrasing, interpretation
  12. Picks up verbal and non-verbal cues (body language, speech, facial expression, affect), checks out and acknowledges as appropriate
  13. Clarifies patient's statements that are unclear or need amplification (e.g. "Could you explain what you mean by light headed?")
  14. Periodically summaries to verify own understanding of what the patient has said, invites patient to correct interpretation or provide further information.
  15. Uses concise, easily understood questions and comments, avoids or adequately explains jargon
  16. Establishes dates and sequence of events
- Additional skills for understanding the patient's perspective
17. Actively determines and appropriately explores:
    - patient's **ideas** (i.e. beliefs re cause)
    - patient's **concerns** (i.e. worries) regarding each problem
    - patient's **expectations** (i.e., goals, what help the patient had expected for each problem)
    - effects: how each problem affects the patient's life
  18. Encourages patient to express feelings

### PROVIDING STRUCTURE

#### Making organisation overt

19. Summarises at the end of a specific line of inquiry to confirm understanding before moving on to the next section
20. Progresses from one section to another using **signposting, transitional statements**, includes rationale for next section

#### Attending to flow

21. Structures interview in **logical sequence**
22. Attends to **timing** and keeping interview on task

### BUILDING RELATIONSHIP

#### Using appropriate non-verbal behaviour

23. Demonstrates appropriate non-verbal behaviour
  - eye contact, facial expression
  - posture, position & movement
  - vocal cues e.g. rate, volume, tone
24. If reads, writes notes or uses computer, does in a manner that does not interfere with dialogue or rapport
25. Demonstrates appropriate confidence

#### Developing rapport

26. Accepts legitimacy of patient's views and feelings, is not judgmental
27. Uses **empathy** to communicate understanding and appreciation of the patient's feelings or predicament, overtly **acknowledges patient's views and feelings**
28. Provides **support**: expresses concern, understanding, willingness to help, acknowledges coping efforts and appropriate self care, offers partnership
29. Deals sensitively with embarrassing and disturbing topics and physical pain, including when associated with physical examination

#### Involving the patient

30. Shares **thinking** with patient to encourage patient's involvement (e.g. "What I'm thinking now is...")
31. Explains **rationale** for questions or parts of physical examination that could appear to be non-sequiturs
32. During **physical examination**, explains process, asks permission

# Início



## - **Revisão**

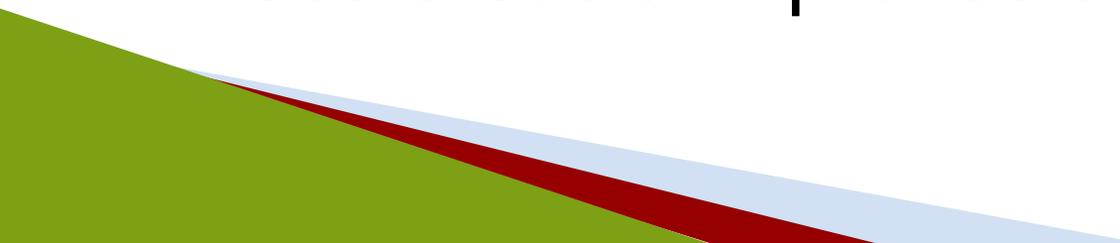
Informações / próprias emoções

## - **Marcadores de Cordialidade:**

- Contato visual / cumprimento / nome
- Sorriso
- Demonstrar atenção

## - **Lei do eco emocional (Borrell)**

# Escuta ativa

- Importância do 1º. Minuto
  - Alta Reatividade: muitas interrupções na fala do outro - tempo entre a fala do paciente e a do profissional
  - Cuidar com “etiquetas”
  - Quando escutar nos dói
  - Silêncio funcional x disfuncional
  - Escuta social x profissional
- 

# Exploração das intenções de consulta

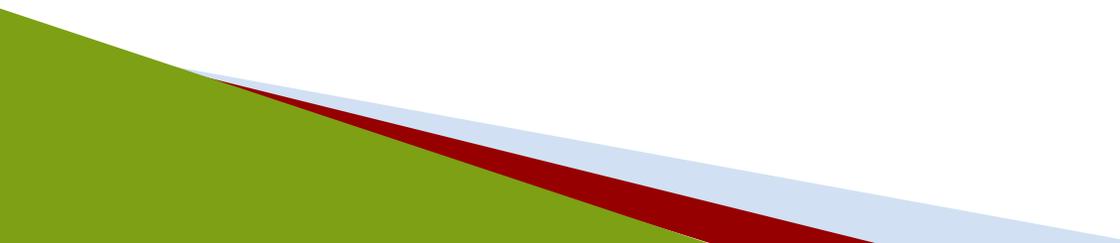
- Agenda do paciente x agenda do médico  
Agenda oculta – Medos? Preocupações?

- **Prevenção de demandas aditivas**

Ex: “algo mais?”

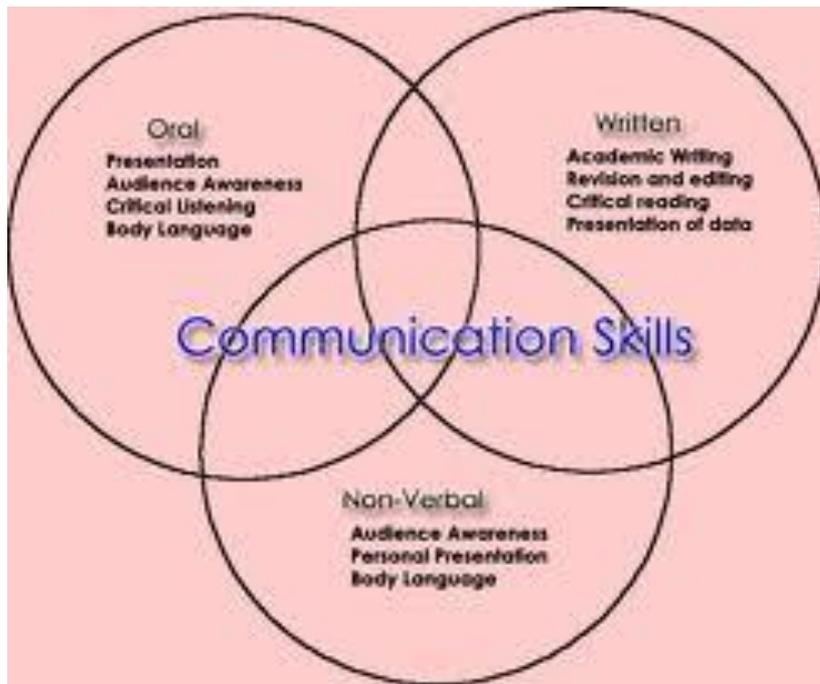


# Fase exploratória

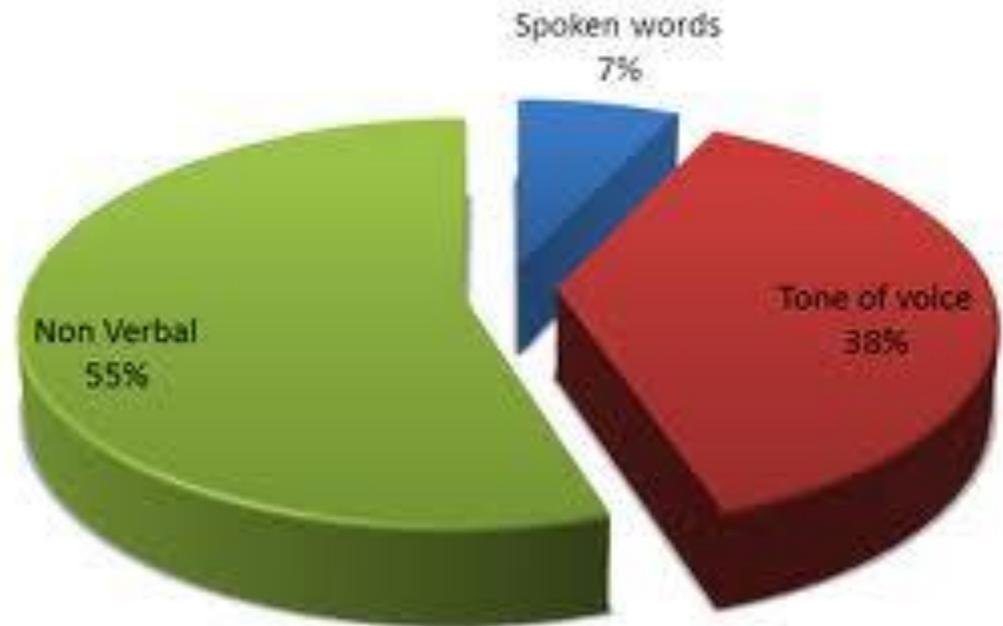
- Perguntas abertas x fechadas
  - “Está tomando o Captopril duas vezes ao dia?”
  - Exploração das ideias do paciente
  - Expectativas
  - “O que te preocupa?”
- 

# Exploração do motivo

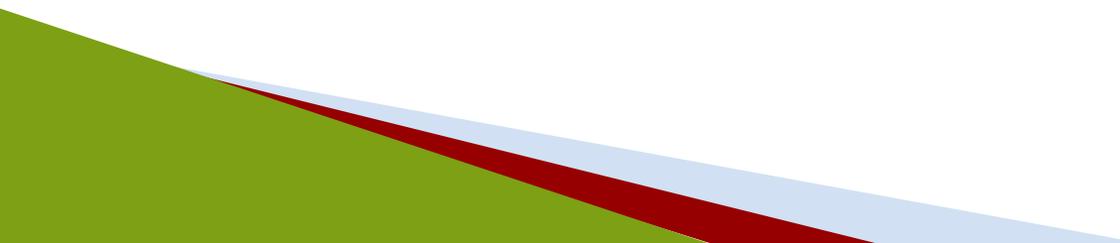
- **Clarificação** “Deixa eu ver se entendi bem o que você está sentindo: sente frustração porque já não pode fazer as coisas como antes, é isso?”
- **Fazer resumo:** “Parece que o sr está preocupado com essa dor nas costas e tem medo que seja parecido com o que sofreu seu pai quando teve que operar, certo?”
- **Sinalizar:** “Percebo que o senhor está triste hoje.”



## NON VERBAL COMMUNICATION



# Comunicação não-verbal

- Linguagem corporal
  - Expressão facial e tom de voz
  - Tiques, contato ocular
  - Falta de coerência entre o falado e o corporal
  - Identificar quando o paciente fica nervoso
  - Posições do corpo após uma pergunta (ex: vai para trás, vira o rosto)
- 

# Empatia

- Capacidade do profissional em perceber e transmitir que compreende o sofrimento do paciente, ao imaginar-se no seu lugar, mas mantendo uma distância suficiente para não diluir-se emocionalmente.
- Legitimar o que o paciente sente - **validação** da emoção - compreende as razões da sua emoção

Display Settings: Abstract

Send to:

Acad Med. 2009 Sep;84(9):1182-91.

### The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school.

Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS.

Department of Psychiatry and Human Behavior, Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania 19107-5083, USA. Mohammadreza.Hojat@Jefferson.edu

#### Erratum in

Acad Med. 2009 Nov;84(11):1616.

#### Abstract

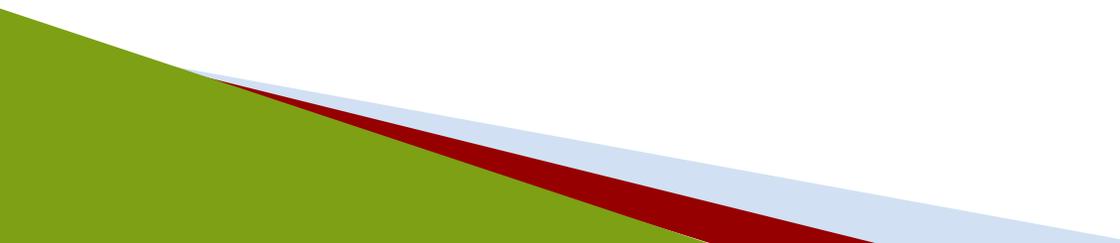
**PURPOSE:** This longitudinal study was designed to examine changes in medical students' empathy during medical school and to determine when the most significant changes occur.

**METHOD:** Four hundred fifty-six students who entered Jefferson Medical College in 2002 (n = 227) and 2004 (n = 229) completed the Jefferson Scale of Physician Empathy at five different times: at entry into medical school on orientation day and subsequently at the end of each academic year. Statistical analyses were performed for the entire cohort, as well as for the "matched" cohort (participants who identified themselves at all five test administrations) and the "unmatched" cohort (participants who did not identify themselves in all five test administrations).

**RESULTS:** Statistical analyses showed that empathy scores did not change significantly during the first two years of medical school. However, a significant decline in empathy scores was observed at the end of the third year which persisted until graduation. Findings were similar for the matched cohort (n = 121) and for the rest of the sample (unmatched cohort, n = 335). Patterns of decline in empathy scores were similar for men and women and across specialties.

**CONCLUSIONS:** It is concluded that a significant decline in empathy occurs during the third year of medical school. It is ironic that the erosion of empathy occurs during a time when the curriculum is shifting toward patient-care activities; this is when empathy is most essential. Implications for retaining and enhancing empathy are discussed.

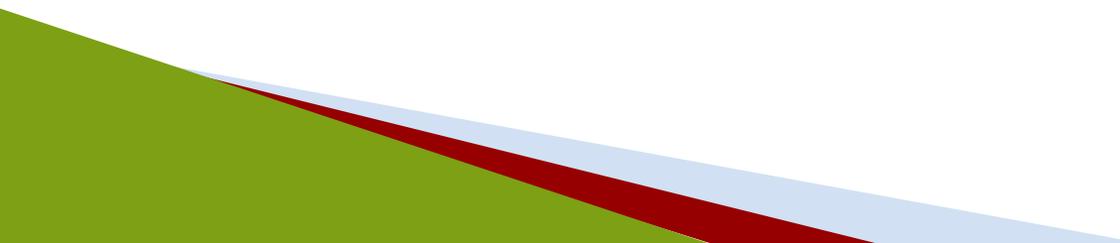
# Explicações do profissional

- Evitar linguagem científica – adaptar linguagem à idade, nível intelectual e educação do paciente
  - Comprovar se o paciente compreendeu as informações Ex: “Hoje falamos de várias coisas. Me diga, à sua maneira, o que fará até o próximo atendimento.”
  - Instruções por escrito e material educativo
- 

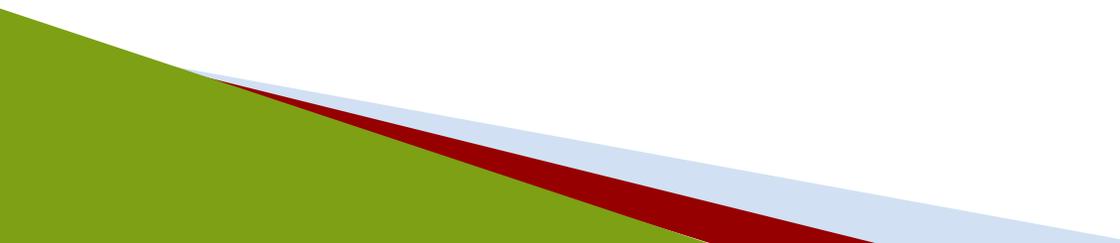
# Decisão compartilhada

- Modelos de Relação Médico-Paciente:
  - paternalista
  - informativo
  - compartilhado

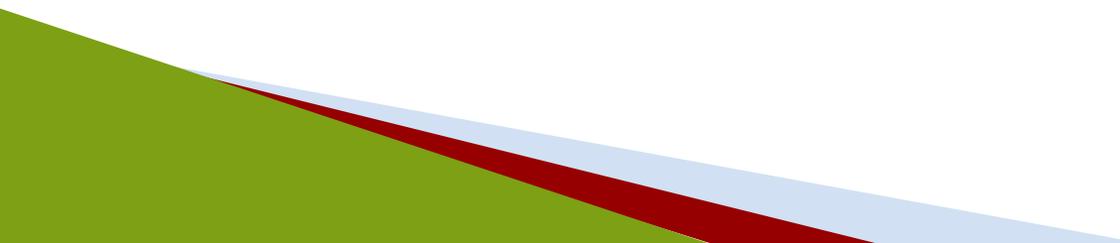
# Decisão compartilhada

- Acordar e negociar prioridades e planos
  - Oferecer opções de tratamento, tentar envolver o paciente na decisão e saber o que ele pensa do plano.
  - Princípio ético de **Respeito à Autonomia**.
- 

# Recomendações

- Seguir fases do SOAP
  - Evitar dar ***certezas prematuras***
  - Recomendações personalizadas
  - Flexibilidade / Assertividade
  - “Alguma dúvida?”
  - Vínculo / acompanhamento
- 

# Estilo emocional

- **Reativo:** reage de maneira similar ao estímulo que recebe
  - **Próativo:** busca estratégias recondução
- 

- Distância terapêutica

(Salzberg, Wittenburg)

Não reagir de maneira imediata

Nos dar oportunidade para pensar



Reconhecer emoções



*Poderia responder de outra maneira?*



Elaborar – Redefinir e Reenquadrar

# Autopercepção do profissional



- Transferência e contratransferência
- Observar a si mesmo
- Identificar situações que nos irritam e o porquê (suas zonas de irritabilidade)
- Melhor uso terapêutico da relação médico-paciente

# Possibilidades de aperfeiçoamento (ensino-aprendizagem-avaliação)

- Vídeo gravação de consultas (padrão-ouro)

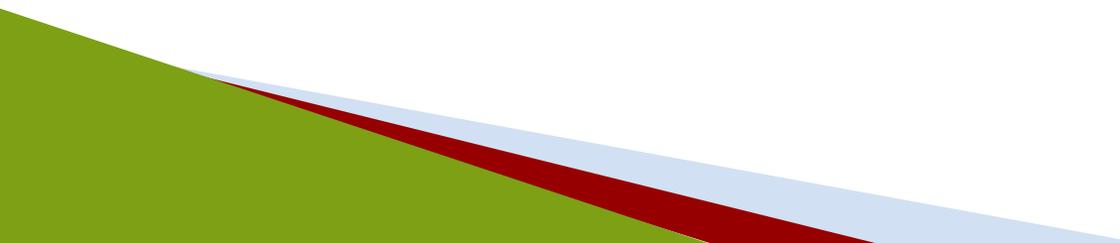
(Maguire et al)

- Grupo Balint
  - Rede de estudo e pesquisa
  - Trocas de experiências

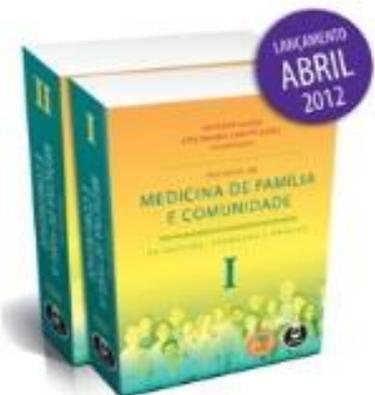
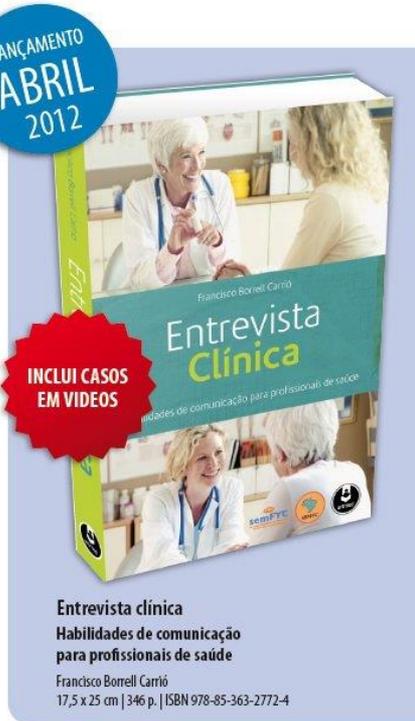


“O clínico é como um instrumento musical, que deve ser constantemente afinado para que faça boa música.”

(EPSTEIN, 1999).



# Referências



# Obrigada pela atenção!

Contato:

[marceladohms@gmail.com](mailto:marceladohms@gmail.com)

GT Comunicação e Saúde SBMFC

[www.gtcomunicacaoesaude.wordpress.com](http://www.gtcomunicacaoesaude.wordpress.com)

