

Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar

*Ana Cláudia de Araújo Santos Barbosa**

*Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo***

Universidade de Brasília

Resumo

A investigação de fatores envolvidos na interação profissional-usuário visa ampliar a sua compreensão, bem como subsidiar a elaboração de estratégias de intervenção para melhoria da prática assistencial. Esta pesquisa teve por objetivo descrever e analisar a percepção de profissionais e seus pacientes quanto à relação de cuidado, destacando-se os aspectos comunicacionais envolvidos na pré-consulta e na consulta. Foram realizadas entrevistas com 15 médicos e 15 usuários atendidos em um hospital do Distrito Federal. Os relatos revelam que a comunicação da díade terapêutica é percebida de modo positivo, tendo sido reconhecido o uso de recursos facilitadores. Profissionais e pacientes expressaram uma percepção negativa sobre a etapa da pré-consulta. Os participantes sugeriram medidas educativas planejadas para o aprimoramento das ações em saúde.

Descritores: Consulta; Pré-consulta; Comunicação; Profissional de saúde; Usuário.

Pre medical appointment and medical appointment in practice in hospital assistance

Abstract

The investigation of factors involved in the interaction professional-patient intends to enlarge its comprehension, as well as to support the development of intervention strategies to improve practice. This work aimed to describe and analyze the professional's and patient's perception in relation to medical care, standing out the communication aspects involved in pre medical appointment and medical appointment. Interviews were held with 15 doctors and 15 patients attended at a hospital in Federal District. The reports show that the communication of the therapeutic pair is perceived in a positive way, and the use of facilitation resources was attested. Professionals and patients expressed a negative perception related to pre medical appointment stage. Participants suggested the elaboration of educational policies for the improvement of actions in health care.

Index-terms: Medical appointment; Pre medical appointment; Communication; Health professional; User.

L'avant-consultation et consultation professionnelle dans la pratique de médecine hospitalaire

Abstract

La recherche de facteurs impliqués dans l'interaction professionnel-usager vise à élargir sa compréhension, ainsi qu'à soutenir l'élaboration de stratégies d'intervention pour l'amélioration de la pratique d'assistance. Cette recherche a eu comme objectif

* Projeto de pesquisa de Mestrado desenvolvido por Ana Claudia A. S. Barbosa, sob orientação de Tereza Cristina C. F. De Araújo, pesquisado do CNPq, docente do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Endereço para correspondência: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, 70910-900. E-mail: araujotc@unb.br

** Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq. Endereço para correspondência sobre este artigo: araujotc@unb.br

de décrire et analyser la perception de professionnels et leurs patients sur la relation de soins, en se détachant les aspects communicationnels impliqués dans la pré-consultation et la consultation. Ont été réalisées des entrevues avec 15 médecins et 15 patients reçus dans un hôpital du District Fédéral. Les rapports révèlent que la communication de diade thérapeutique est perçue de manière positive, en ayant été reconnues l'utilisation de ressources facilitantes. Des professionnels et des patients ont exprimé une perception négative sur l'étape de la pré-consultation. Les participants ont suggéré des mesures éducatives à prévoir pour l'amélioration des actions dans le domaine de la santé.

Mots-clés: consultation ; l'avant-consultation ; communication; professionnel de la santé; usagère.

La pre-consulta y la consulta en la practica hospitalária

Abstract

La investigación de factores involucrados en la interacción profesional y cliente tiene como intención ampliar su comprensión, bien como contribuir en la elaboración de estrategias de intervención para mejorar la práctica asistencial. Esta investigación tuvo como objetivo describir y analizar la percepción de profesionales y sus pacientes en relación al cuidado, destacándose los aspectos de comunicación durante la pre-consulta y durante la consulta. Fueron realizadas entrevistas con 15 médicos y 15 clientes atendidos en un hospital del Distrito Federal. Los relatos revelan que la comunicación del diade terapéutico es percibida de modo positivo, siendo reconocido el uso de recursos facilitadores. Profesionales y pacientes expresaron una percepción negativa sobre la etapa de la pre-consulta. Los participantes sugirieron medidas educativas planificadas para el perfeccionamiento de las acciones en salud.

Descriptor: consulta; pré-consulta; comunicación; profesional de salud; usuário.

Introdução

Atualmente, a coexistência do modelo biomédico e do modelo biopsicossocial condiciona em grande parte o modo como as relações terapêuticas se estruturam e funcionam na área de saúde. A lenta evolução em direção a práticas de cuidado integral ainda compromete a adesão ao tratamento, acarretando a desistência do comportamento de solicitar ajuda, ou, ao contrário, sua repetição desenfreada, caracterizada pela multiplicação de consultas com diferentes profissionais em diferentes serviços, o que inflaciona o sistema de saúde. É fundamental notar, também, que à problemática da relação de cuidado vêm se somar as dificuldades inerentes à promoção, prevenção e enfrentamento das doenças, bem como as vicissitudes da comunicação humana, as quais têm gerado incontáveis estudos realizados por diversas disciplinas a partir de perspectivas teóricas e metodológicas próprias de cada uma (Department of Health and Human Services, 2000; Salmon, 2000; Santos & Araujo, 2000; Segouin & Hodges, 2005).

Assim, investigações sobre a comunicação entre médicos e pacientes têm sido intensamente produzidas nas duas últimas décadas, mas suas conclusões continuam a alertar para a necessidade de mais trabalhos. Um panorama geral do assunto revela que os pesquisadores vêm focalizando a consulta, pré-consulta e pós-consulta, sendo que as dimensões mais amplamente investigadas são: responsabilidades e papéis atribuídos a profissionais e paci-

entes; raízes sócio-culturais das experiências pessoais de doença; distinção entre doença vivenciada e doença definida tecnicamente; estados afetivos antes, durante e após atendimento; tomada de decisão terapêutica; estruturas de linguagens utilizadas nas trocas interativas; influências institucionais e políticas sobre os sistemas de saúde; relações de poder e grau de assimetria entre profissionais e usuários. Também são temas de grande interesse atual: percepção, autonomia, satisfação, confiança, tomada de decisão terapêutica e participação do paciente; percepção do profissional sobre a comunicação; comportamentos não-verbais; funcionamento dos planos de saúde; métodos de pesquisa e estratégias de intervenção para aprimoramento da comunicação em saúde (Inui & Carter, 1985; Lipkin, Frankel, Charon & Fein, 1995, *apud* Lipkin Jr., 1996; Ong, Haes, Hoos & Lammes, 1995).

Em síntese, é indiscutível o interesse social por trabalhos envolvendo a melhoria dos serviços prestados em saúde, em especial aqueles voltados para o aprimoramento das consultas¹. Do ponto de vista científico, muito ainda existe para ser investigado, no intuito de clarificar fenômenos que exigem uma abordagem interdisciplinar, em

¹ A 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, teve como tema central a humanização dos serviços de saúde, revelando a preocupação das instâncias governamentais em responder às fortes pressões sociais do cidadão para garantir um sistema de saúde digno e de qualidade no Brasil. Santos, 2001].

que se associem comunicação e saúde. Já na esfera profissional, é essencial reunir informações que fundamentem o treinamento de profissionais de saúde em habilidades de comunicação, não apenas no âmbito das academias (Giannini, Giannini & Bowman, 2000), mas ao longo das trajetórias profissionais em diversos dispositivos de cuidados, para os quais o modelo de consulta diádica médico-paciente apresenta-se como situação exemplar para análise e intervenção.

Mudanças na relação entre médico e paciente

Evidentemente, a transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial exige a adoção de um enfoque relacional, em que o médico partilhe o poder decisório com o paciente e desenvolva uma relação com papéis mais igualitários. Assim, apesar de incipientes, modelos alternativos de prática clínica têm suscitado novos padrões de significação dos cuidados em saúde, os quais têm se refletido na atuação dos cuidadores, provocando mudanças graduais na relação médico-paciente. Elementos como a autonomia do paciente e a sua participação nos processos de decisão constituem algumas das mais importantes contribuições para tal evolução caracterizada pela progressiva passagem de um conhecimento calcado exclusivamente no *expert* para o reconhecimento dos saberes do paciente e da sua comunidade (Friederichs-Fitzwater & Gilgun, 2001; Lambert et al., 1997; Vanderford, Jenks & Sharf, 1997).

Muitas pesquisas apontam que a representação interna do médico pelo seu paciente é continuamente validada e consolidada como um processo dinâmico e ativo de desenvolvimento relacional, sendo que a confiança no profissional, empatia e os acordos entre a díade constituem fatores determinantes da escolha do profissional pelo usuário (Grant, Cissna, Rosenfeld, 2000; Ogden, 1996). Um dos desafios desta díade (e tarefa adicional da consulta) envolve a conciliação de modelos leigos e científicos. A convicção de que a realidade dos sintomas é atestada somente por informações que o médico pode dar é central no conflito relacional. Nesse sentido, muitos usuários costumam perceber as explicações de seus médicos com estranheza e até como uma rejeição ao seu sofrimento (Salmon, Peters & Stanley, 1999).

A confiança no profissional contribui na redução da ansiedade e permite ao paciente se sentir cuidado. Cabe salientar que "confiança apresenta uma forte correlação com "satisfação do paciente, que por sua vez, apresenta forte correlação com a sua "participação. Altos níveis de

troca de informação pelo médico, tempo gasto em discussão sobre cuidados preventivos e duração da consulta parecem estar positivamente relacionados com a satisfação do usuário (Ong et al., 1995). Assim, como pacientes mais satisfeitos tendem a ter participação mais ativa, acabam por receber atendimento mais centrado em suas necessidades (Anderson & Hinckley, 1998; Campbell, 1994; Street Jr. & Millay, 2001; Thom & Campbell, 1997). Contudo, muitos trabalhos sugerem que os usuários tendem a insatisfação com o atendimento, pois a média de satisfação geral dos pacientes é de apenas 38% para médicos de Clínica Geral (Ong et al., 1995).

Identificada como uma das principais conseqüências do atendimento clínico, a adesão tem sido objeto de estudos constantes no campo da interação terapêutica (Ogden, 1996; Ong et al., 1995). Três fatores são freqüentemente associados à facilitação da adesão: satisfação do paciente com a consulta, seu entendimento e a capacidade de recordar as orientações fornecidas (Ogden, 1996). Já dentre os fatores relacionados com a não adesão verificam-se: falhas de memória; necessidades psicológicas em manter sintomas, crenças sociais e culturais; grau de entendimento; instabilidade familiar; apatia e pessimismo; necessidades financeiras; insatisfação com o procedimento recomendado e baixa consciência dos sintomas. Insatisfação com o relacionamento terapêutico, incapacidade do médico em indagar o paciente sobre efeitos indesejáveis do tratamento, atitudes negativas do profissional, manifestadas verbal ou não verbalmente, também seriam algumas das causas de não adesão.

Alguns estudos têm discutido a adesão sob a perspectiva da autonomia do paciente, visto que optar por não seguir as orientações pode ser uma demonstração da retomada de autonomia e de poder por parte do usuário (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Salmon, 2000). Então, outro elemento discutido pelos pesquisadores é a participação do paciente definida como o grau em que respostas verbais têm influência potencial sobre o conteúdo e a estrutura da interação terapêutica. Assim, em uma consulta médica, o paciente é assertivo quando expressa opinião sobre saúde, tem preferências pelo tratamento, dá sugestões ou recomendações, introduz novo assunto para discussão ou discorda do profissional. Street Jr. e Millay (2001) verificaram que raramente os pacientes fazem perguntas, expressam preocupações ou são assertivos. Só ocasionalmente os profissionais adotam estratégias de estabelecimento de parcerias com seus clientes e expressões de apoio (menos de 2% das verbalizações médicas). Em outra pesquisa, Street Jr. e Voigt (1997) constataram

que os pacientes com maior participação nas consultas assumiram maior responsabilidade nas decisões e revelaram uma melhor qualidade de vida. Ao estudarem como a comunicação poderia gerar maior habilidade do usuário em exercer controle sobre sua saúde, especialmente sobre o uso de medicamentos, Makoul, Arnston e Schofield (1995) observaram que as decisões são tomadas pelos profissionais com base em critérios exclusivamente orgânicos. Constataram, também, que os pacientes foram extremamente passivos, raramente oferecendo opiniões sobre seu tratamento.

Mas, é fundamental ponderar que a problemática da participação do enfermo no processo de decisão exige outra perspectiva, pois nem sempre deseja participar, ou então, não se sente capaz ou preparado para tomar decisões, optando por atribuir tal responsabilidade ao profissional. Nesse sentido, em um estudo comparativo entre 14 pesquisas sobre participação, os resultados revelaram-se conflitantes e a evidência de conseqüências positivas para pacientes ativos quanto à conduta terapêutica parece mais sugestiva do que conclusiva (Guadagnoli & Ward, 1998). Mais especificamente, uma investigação sobre a participação do paciente de reabilitação no processo decisório demonstrou a persistência do modelo paternalista de interação. Porém, formas alternativas de cuidados foram detectadas nos discursos dos pacientes e pareceram ser indício de mudança de postura tanto do profissional quanto do paciente. Para os sujeitos desta pesquisa, a participação ideal significaria ter mais informação sobre o tratamento, poder dar opiniões, serem avisados com antecedência e receberem explicações sobre decisões (Ramos, 1998).

Pré-consulta e consulta

Têm sido divulgados trabalhos de natureza essencialmente descritiva sobre programas de avaliação ou intervenção durante a espera para a consulta visando a melhoria da assistência em saúde. Mas, na realidade, pouco se conhece sobre o que se tem designado na literatura como *pré-encontro e/ou pré-consulta* e que corresponderia às condições físicas, psicológicas e sociais que mobilizam o indivíduo a buscar ajuda e o condicionam a agir de determinada maneira durante o atendimento propriamente dito. Isto pode se dar nos meses, dias ou horas que antecedem a consulta e engloba sensações, dores, medo e ansiedade, suscitados por experiências terapêuticas anteriores, apreensões sobre a doença e as mudanças de hábitos requeridas pelo tratamento, e, sobretudo, expectativas quanto ao acolhimento do profissional diante da demanda de cuidado a ser formulada (Araujo, 1996).

Já a consulta em saúde, mais compreendida pelos profissionais (em comparação com a etapa da pré-consulta), uma vez que permeia os programas de formação, também é objeto de inúmeras pesquisas. Conforme já destacado anteriormente, trata-se da situação básica de atendimento, e em muitos casos, a porta de entrada para outras modalidades assistenciais mais complexas, como a internação hospitalar. Vale lembrar que tanto em hospitais públicos como privados, os consultórios localizam-se preferencialmente na área ambulatorial, caracterizando-se pela disposição de diversas salas de atendimento clínico de alta rotatividade e de diferentes especialidades. Pequenas cirurgias podem, também, ser ali realizadas, mas, em geral, sua finalidade é o atendimento destinado à identificação de doenças, medicação e alívio de sintomas imediatos.

Cosnier, Grosjean e Lacoste (1994) defendem que a consulta médica desenvolve-se a partir de um *script*, no qual a fase inicial seria a acolhida do paciente. Em seguida, a apresentação do tema por parte do doente, com a conseqüente exploração dos sintomas por parte do médico. Depois, o exame físico, as explicações diagnósticas, as prescrições e o fechamento. Esse é o modelo tradicionalmente veiculado pela Medicina como compatível com as necessidades do atendimento clínico. De modo semelhante, Shaikh, Knobloch e Stiles (2001) citam a típica estrutura do encontro, identificando três segmentos: história médica, exame físico e conclusão, nos quais cada segmento tem propósitos diferentes e geram diferentes modalidades de comunicação entre médico e paciente. Segundo os autores, embora a entrevista clínica siga um padrão fixo e definido, ela tende a ser complexa, na medida em que requer uma minuciosa seqüência de interações da díade para se chegar à consecução dos objetivos. Na fase de história clínica, o paciente descreve seu problema, sendo dirigido pelos comentários e indagações do profissional sobre o problema relatado. No exame físico, o profissional realiza os testes, solicitando respostas verbais e corporais às manobras executadas. Isto requer que o paciente responda apropriadamente às instruções do profissional que, por sua vez, deve apreender significados decorrentes das reações do paciente. Nesse momento, o médico tem uma "licença social para a condução do exame, como por exemplo: infligir dor ou desconforto, tocar regiões internas como boca e genitália (Shaikh et al., 2001; Cosnier et al., 1994). Na parte final do atendimento, o médico fornece informações sobre o diagnóstico e orientações para o tratamento.

Cosnier et al. (1994) chamam atenção para as estratégias adotadas visando favorecer o ajustamento da díade

terapêutica e, conseqüentemente, proteger os respectivos territórios: rituais de acesso e separação, rituais de confirmação e rituais de reparação. Os rituais de acesso envolveriam comportamentos manifestados pelos participantes na fase de recepção, como bater na porta, saudar e outros cumprimentos iniciais. Os rituais de separação corresponderiam aos comportamentos de natureza funcional semelhante, só que adaptados ao momento da despedida. Os rituais de acolhida do paciente exigem habilidades sociais que servem como abertura para a interação subsequente. Possivelmente, a acolhida inicial realizada de maneira apropriada determina um bom relacionamento entre paciente e profissional, constituindo um dos determinantes da eficácia terapêutica (Kendon, 1990, *apud* Flemmer, Novack & Gracely, 1996). Os rituais de confirmação referem-se a certas formalidades socioculturais e educacionais em que se busca a confirmação da imagem que um participante pretende transmitir ao outro. A imposição do respeito ao tratamento está presente neste tipo de ritual, especialmente quando o médico é tratado por “Doutor” e “Senhor”. Os rituais de reparação ocorrem quando alguma situação constrangedora ocorre e surge a necessidade de reparar possíveis mal entendidos e conflitos na relação clínica, atenuando procedimentos dolorosos ou desagradáveis (como injeções, exames invasivos) e, normalmente, se manifestam por comentários do médico buscando aliviar os incômodos (Cosnier et al., 1994).

Uma análise minuciosa permite notar que a consulta é constituída por fases aparentemente descontínuas e contraditórias, uma vez que a interação só pode começar com o paciente exercendo um papel ativo ao tomar a iniciativa de procurar o serviço de saúde e demonstrando competência para discriminar quando deve procurar ajuda e relatar suas dificuldades. Só a partir de então, é que o médico pode fornecer conteúdos explicativos, fase em que se observa o declínio da participação ativa do usuário e o redirecionamento do controle da situação terapêutica para o profissional (Cosnier et al., 1994).

Tal assimetria/complementaridade caracteriza-se, também, por diferenças marcantes no atendimento. De um lado, um *expert*, que sabe e cura, e de outro, um indivíduo que não tem domínio sobre as informações e seu quadro clínico, mas pretende ser curado. Ora, uma relação definida sobre tais condições básicas gera descontinuidade na comunicação, visto que o paciente não dispõe dos meios técnicos nem da experiência necessária para diagnosticar ou para resolver os seus próprios problemas. É uma comunicação entre saberes diferentes que tentam se ajustar ao longo do encontro.

Em síntese, considerando os interesses teóricos, metodológicos e assistenciais sucintamente aqui apresentados, foi realizado um estudo visando descrever, analisar e compreender a percepção de profissionais de saúde médicos e seus pacientes quanto à relação de cuidado em saúde, destacando-se os aspectos comunicacionais envolvidos nas etapas de pré-consulta e consulta (Santos, 2001).

Método

Participantes

Participaram da investigação 15 profissionais de Clínica Médica e 15 pacientes atendidos por estes médicos no Ambulatório e no Pronto-Atendimento de um hospital-escola do Distrito Federal. Compuseram a amostra específica de profissionais: 10 homens e cinco mulheres. Oito eram membros do *staff* e sete eram médicos residentes, todos da clínica geral, sendo que seis atendiam no Pronto-Atendimento e nove no Ambulatório. Quanto aos pacientes, participaram 10 sujeitos do sexo feminino e cinco do sexo masculino, sendo que sete não trabalhavam fora do domicílio. Em sua maioria, o nível de escolaridade era o primeiro grau incompleto ou completo. É importante clarificar que 11 dos 15 pacientes entrevistados vinham sendo atendidos pelo profissional participante deste estudo por um período de no mínimo seis meses até sete anos, com exceção dos seis pacientes que foram atendidos pela primeira vez em condição de emergência no Pronto-Atendimento. Dentre esses últimos, um paciente já estava sendo assistido pela segunda vez.

A entrevista

Elaborou-se um roteiro para entrevista semi-estruturada contendo questões abertas e fechadas. Dentre os tópicos abordados destacam-se: avaliação da comunicação com pacientes; formação e treinamento em habilidades comunicacionais; aspectos gerais da consulta; recepção do paciente; estratégias de mobilização do paciente para relato; meios para detecção de sinais de tensão; exame físico; comunicação do diagnóstico; transmissão de informações e orientações terapêuticas; adoção de estratégias para verificação da compreensão; métodos de avaliação da eficácia do tratamento; despedida; tempo de consulta; percepção das condições da pré-consulta.

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina e pela Divisão de Ensino e Pesquisa do hospital. Assim sendo, inicialmente o pes-

quisador se identificava, explicando os objetivos do estudo e formalizando o engajamento através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96). Neste momento, os participantes eram informados de que as entrevistas seriam gravadas e posteriormente transcritas. Estes encontros davam-se no mesmo dia da entrevista com o profissional. A seleção dos pacientes foi feita aleatoriamente, ou seja, era escolhido aquele usuário que tivesse sido atendido por algum dos profissionais disponíveis para atendimento. Obtido o consentimento do paciente, este era encaminhado para o local de realização das entrevistas – normalmente um consultório vazio disponibilizado para tal finalidade. No caso dos profissionais, eram acertados data e horário para realização das entrevistas, que de modo geral, ocorriam no mesmo dia do contato. Após a transcrição, todas as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática. Participaram dos procedimentos de categorização, dois auxiliares de pesquisa do curso de graduação em Psicologia.

Resultados e discussão: a percepção dos médicos

a) Auto-avaliação

Ao realizar a auto-avaliação da comunicação com o paciente, a maioria dos médicos consideraram-na boa. Quanto aos principais obstáculos na consecução de seus objetivos interacionais, identificaram: dificuldade em fornecer explicações sobre tratamento, doença e prescrições; dificuldade dos pacientes em expressar suas queixas e aderir às orientações; necessidade do profissional de ser direto e objetivo, em virtude da falta de tempo, o que limita a compreensão das demandas, especialmente no Pronto-Socorro. Foram salientadas dificuldades associadas à busca de atendimento médico por razões de natureza essencialmente psicológica, como por exemplo: "doenças psicossomáticas e necessidade de só conversar. Também foram mencionadas interferências de ordem sócio-econômica: pacientes que não podem adquirir o medicamento prescrito, assistência a usuários de outras regiões administrativas. Alguns relatos apontam certa incapacidade do paciente em compreender as mensagens, o que explicaria, de acordo com alguns entrevistados, o truncamento comunicacional. Em contrapartida, estes participantes avaliam como importante realizar uma abordagem diferenciada do paciente adaptando-a ao linguajar, procedência e idade de cada um. De todo modo, existe uma preocupação em comunicar efetivamente ao transmitir a mensagem e permitindo que o paciente informe e inda-

gue. Mas, nas ocasiões em que o paciente se estende em suas colocações, o profissional retoma o controle sobre a condução da consulta, solicitando que seja breve e fazendo uso de sua autoridade.

b) Rotina do atendimento

Constatou-se que os profissionais tendem a dividir a consulta em sete fases distintas: a recepção, a anamnese, os exames físicos e complementares, as hipóteses diagnósticas, os tratamentos, os encaminhamentos e a despedida. A maior concentração de respostas refere-se à anamnese, exames físicos e complementares, hipóteses diagnósticas e tratamento, caracterizando nitidamente o modelo tradicional de consulta.

Apenas seis profissionais mencionaram comportamentos e comentários na recepção do paciente, sendo que cinco deles detalharam quais são estes comentários e comportamentos. Três subcategorias apareceram nos relatos sobre o momento da recepção: apresentação, não acolhimento e atitudes emocionais. Dentre aqueles citados, é possível salientar: levantar-se, ir até a porta, chamar o paciente, cumprimentá-lo, apresentar-se e pedir para sentar indicando-lhe o local apropriado. Algumas atitudes de não acolhimento também foram apresentadas: não levantar, não acompanhar, não buscar o paciente na porta e não dar a mão. Quanto às atitudes emocionais nessa fase, as verbalizações dizem respeito a: ser atencioso, respeitoso, demonstrar segurança, deixar o paciente à vontade e estabelecer empatia. Mas, se algumas verbalizações demonstram a busca sistemática de uma boa interação, pretende-se também assegurar o controle sobre a distância relacional.

Ênfase maior foi dada, em termos de detalhamento à anamnese, considerada parte fundamental da rotina em função da exigência de um diagnóstico correto. Onze verbalizações corroboram o seguimento de um padrão predefinido. Nesse sentido, evidencia-se que, pelo menos nesta fase, o paciente não pode dizer o que quer ou o que está sentindo. Deve responder às perguntas do profissional que já antecipa seu roteiro de indagações tecnicamente apoiado. Apesar de objetivar uma melhor avaliação, o uso excessivo desse recurso pode descartar dados relevantes para a constituição do diagnóstico preciso tão almejado pelo médico.

A frequência de comentários tende a diminuir quando se trata das hipóteses diagnósticas, o que surpreende ao se considerar a forte vinculação entre diagnóstico e tratamento. A comunicação diagnóstica é ajustada ao nível sociocultural dos pacientes. A informação é transmitida

de acordo com a compreensão dos pacientes e pode ser feita de duas maneiras diferentes: em casos mais simples e em casos mais graves. Nas duas situações, os profissionais dizem que não omitem informações. Todos consideram importante preparar o recebimento do diagnóstico, sendo que dois médicos lastimaram que as carências estruturais do serviço público e a falta de tempo muitas vezes inviabilizam esta meta.

Como estratégias para a preparação: identificam diálogos em que se fornecem explicações que não sejam incisivas e "sem jogar o diagnóstico de forma técnica; mostram que o enfermo terá apoio do profissional e que será esclarecido das dúvidas; explicam o que é a doença e o que pode acontecer se o tratamento não for realizado; procuram esclarecer "devagar, por etapas ou em diversas consultas escalonadas; associam a situação do paciente a situações do cotidiano, exemplificando.

Quanto às fases de encaminhamento e despedida, foi dada pouca ênfase nos relatos reunidos nesse estudo. Todos os médicos afirmam checar se o paciente realmente compreendeu as informações. Para tanto, lançam mão de duas estratégias: perguntam se entenderam ou se têm alguma dúvida e pedem para o paciente repetir o que foi dito. Para um dos entrevistados, os pacientes geralmente entendem, mas negam a doença e, de acordo com outro participante, alguns compreendem e outros não. Na opinião desses médicos, os pacientes mostram-se receptivos às informações. Mas reconhecem que existem casos em que não há adesão ao tratamento, por exemplo: quando os hábitos de vida devem ser alterados, quando as pessoas têm depressão, quando são doentes graves, quando a religião não permite ou quando têm câncer. Nessas situações, orienta-se que o paciente procure outro serviço de saúde ou propõe-se um novo atendimento para explicar novamente.

Os profissionais mencionam escassez de recursos no hospital, mas tentam incluir material de apoio para esclarecimentos diagnósticos e terapêuticos, tais como: desenhos no próprio receituário, fotografias, cartazes e figuras de livros.

A avaliação da eficácia do tratamento é feita, unanimemente na consulta de retorno, considerada como a forma mais comum de verificar se houve melhora, se o tratamento foi eficaz. Quanto à periodicidade deste retorno, as respostas foram diversificadas. Em geral, são estipulados dois meses, mas também podem ter um intervalo de uma semana, duas semanas, um mês, ou podem até ser bimestral, trimestral, semestral ou anual.

São entendidos como sinais de tensão aqueles causados por fatores relacionados à situação hospitalar, à situação socioeconômica, emocional e pessoal do usuário,

suas características de personalidade, sintomas fisiológicos, atitudes defensivas, narrativas incoerentes, excessivas ou ausentes e atitudes de agitação. Diante desses sinais, os profissionais procuram reduzi-los por meio de tentativas de aproximação dos pacientes, permitindo-lhes a fala. Todos os profissionais afirmam que verificam a redução da tensão após esses procedimentos.

São reconhecidas como instâncias de formação para o manejo do paciente: a universidade, a prática profissional e as vivências pessoais. De modo geral, os entrevistados pensam que persiste uma carência de capacitação e treinamento.

c) Exame físico

Obviamente para que o exame seja efetuado, é imprescindível a colaboração do paciente. Contudo, como nem sempre se obtém os comportamentos necessários, os profissionais assumem uma conduta imperativa, retroalimentando atitudes passivas do usuário, inclusive aquelas adquiridas em experiências anteriores. Comandos normalmente empregados consistem em: solicitar que não converse e fique calmo; pedidos de cooperação; caso não atenda a um pedido, o profissional toma a liberdade de colocar o paciente na posição desejada; dizer que não vai machucar; orientações relativas à postura e posição; pedidos para que agilize e negação do médico em examinar quando o paciente não coopera. A maioria dos profissionais avalia que suas expectativas quanto ao comportamento dos pacientes durante o exame físico são plenamente atendidas.

Tais resultados corroboram a literatura, especialmente o trabalho de Heath (in Cosnier et al., 1994) sobre a condição do paciente em exames físicos. Segundo o autor, os pacientes aparentam ser objeto de estudo dos profissionais, pois adotam uma conduta passiva, quase inerte, anulando qualquer sensação ou pensamento e sem interferir sobre a seqüência das ações.

d) Espera para consulta

Dos relatos, pôde-se abstrair sentimentos extremamente negativos dos profissionais a respeito do momento da espera de seus pacientes. Como definição, os sujeitos percebem que a espera constitui-se em um momento angustiante, mas inevitável. Destacam algumas causas e fornecem algumas soluções. De modo geral, os profissionais percebem as "conversas como a principal atividade desempenhada pelos pacientes e quanto às condições físicas do local, associam-nas ao desconforto e a sentimentos desagradáveis. Citam conseqüências nefastas da espera

para o trabalho clínico: comportamentos agressivos; ansiedade e tensão que acabam por se manifestar no consultório. Sugerem o planejamento de atividades educativas e distrativas para reduzir os prejuízos.

Percepção dos pacientes

a) Avaliação da comunicação

De modo geral, os pacientes tendem a expressar alta satisfação com o atendimento, o que poderia ser atribuído, em parte, ao tempo de interação com o profissional e, conseqüentemente, ao grau de intimidade vivenciado na relação de cuidado. Verbalizaram cognições positivas a respeito do profissional, do atendimento, da doença e de si próprios. Todavia, não foi possível perceber indicadores de participação ativa desses usuários, mas sim dependência. É importante ressaltar que comentários negativos sobre a conduta desses profissionais eram sistematicamente associados a experiências anteriores ainda mais frustrantes em outros serviços. Segundo esses usuários, geralmente seus médicos são claros, o que se reflete na compreensão das informações repassadas.

A maioria percebe-se preparada quando os profissionais transmitem o diagnóstico. Somente três sujeitos contestam e um usuário não se sentiu preparado uma única vez. Todavia, pelos relatos obtidos é possível notar que os pacientes não têm idéia sobre tal preparação. Muitos vinculam "estar preparado aos recursos pessoais, experiências anteriores e suportes informacional e emocional assegurados pela rede social de apoio e não necessariamente à atuação do profissional.

Quase todos os pacientes afirmaram não haver recursos no hospital para transmissão de informações sobre diagnóstico e tratamento, com exceção de um paciente, que menciona ter sido utilizado uma única vez um cartaz sobre fumantes e outro paciente com o qual foram empregados desenhos feitos pelo próprio médico.

No que tange os comportamentos desejáveis, nota-se que os pacientes estão mais atentos às atitudes emocionais do profissional do que às atitudes técnicas. Pouca diferença foi revelada entre condutas desejáveis e aquelas efetivamente ocorridas. Seis entrevistados mencionaram não ter sentido tensão desde o início da relação. Os outros nove mencionaram duas situações: tensão na primeira consulta e tensão atual. Somente uma subcategoria pode ser associada à adoção de estratégias para alívio da tensão, diferenciando-se em: conversas para acalmar, aconselhar, indagar e uso do humor. Dos nove pacientes que se sentem ou já se sentiram tensos com o atendimen-

to, somente um não se sente aliviado. Trata-se exatamente do paciente, cujo médico não percebe sinais de tensão e, portanto, não propõe nenhuma estratégia deliberada.

b) Comunicação da demanda

Nessa categoria, o objetivo específico do roteiro de entrevista era compreender de que modo os usuários previamente organizam os relatos de suas demandas e queixas. Investigou-se, por exemplo, a existência de bloqueios, omissões, esquecimentos em razão das dificuldades inerentes a prática social de buscar e receber cuidado em um contexto "medicalizado, enfrentando dores, limitações e medos. Oito pacientes lembram-se do que têm a dizer, sendo que três acrescentam que "decoram e um paciente faz anotações. Contudo, seis pacientes reconhecem ter dificuldades para lembrar. Um entrevistado informa que não se recorda de relatar os sintomas que não está sentindo no momento da consulta e, quando chega em casa, lembra-se. Um paciente chega a afirmar que sempre tem "um branco na hora da consulta. Duas pacientes do sexo feminino se dizem tensas antes da consulta. Alguns atribuem o esquecimento ao nervosismo e às preocupações com a própria doença. Um paciente considera que pode auxiliar no tratamento, porque orienta melhor o médico, outro acha que pode ajudá-lo, porque ao tomar consciência do problema, poderá ajudar a si mesmo, recuperando-se com mais facilidade. Com exceção de um paciente, todos os outros sentem-se satisfeitos com o atendimento. Dois pacientes não associaram repercussões positivas do estudo desenvolvido para a prática assistencial, mas os demais pensam que a pesquisa comporta contribuições futuras.

c) Exame físico

Nove participantes compreenderam que o pesquisador estava se referindo aos exames complementares e não aos exames físicos realizados no consultório. Para 10 entrevistados, foi necessário esclarecer e até exemplificar. Então, as frequências relacionadas à percepção de condutas do médico para facilitação dos exames foram baixas e apenas duas subcategorias foram extraídas: comandos instrucionais envolvendo posturas e posições (exemplo: permanecer relaxado e quieto) e perguntas avaliativas sobre dores e desconfortos (exemplo: durante a apalpação).

d) Espera para consulta

Esses usuários têm queixas sobre essa etapa e a relacionam a sensações desagradáveis como angústia, preocupação, cansaço, algo ruim, demorado e enfadonho.

Avaliam-na como excessivamente prolongada, sendo que um deles cita ter aguardado cerca de sete horas sentindo dores. Alguns pacientes demonstram conformismo em relação à espera, ou ainda, se submetem a um sacrifício a fim de atingir um objetivo difícil e valioso: a consulta.

As principais atividades de engajamento neste período são: ler, distribuir de folhetos religiosos, conversar, perambular pelos recintos, ficar sentado e repousar para alívio de dor e tensão. As condições físicas do espaço de espera foram apreciadas de modo contraditório e ambivalente – 15 manifestações negativas e 13 manifestações positivas - alternando entre opostos como, quente e ventilado, escuro e aberto, desagradável e bom, banco desconfortável e banco confortável, agonizante e relaxante. Reivindicam, então, melhores condições e alguns até sugerem recursos como: apresentação de palestras, leituras e vídeos sobre saúde a fim de preencher o tempo, fazendo com que a espera pareça mais rápida. Também foram elaboradas queixas sobre o funcionamento dos serviços, cumprimento dos horários pelos profissionais e número insuficiente de médicos. A espera representa, também, alguns prejuízos como intensificação dos desconfortos físicos e psicológicos que suscitaram a busca do atendimento (irritabilidade, ansiedade, estresse, pressão alta).

Análise comparativa

Tanto para profissionais quanto para pacientes, seguiu-se um roteiro de entrevista semelhante, mas algumas questões diferenciaram-se, em virtude das distinções intrínsecas à posição de cada um no sistema de saúde. Mas, algumas constatações podem ser derivadas de uma análise comparativa entre as duas sub-amostras.

Profissionais auto-avaliam sua comunicação como boa, ao passo que os pacientes avaliam-na como muito boa e ótima. Foram observadas diferenças mais pronunciadas nas categorias de cada sub-grupo, na medida em que os médicos identificam facilidades e dificuldades, e os pacientes reconhecem basicamente facilidades. Ao que parece, os pacientes valorizam tanto os profissionais que lhes prestam atendimento, que só tendem a perceber mais qualidades do que limitações. Quando identificam aspectos negativos da relação médico-paciente, remetem a lembranças anteriores de outros atendimentos e outros hospitais em que foram mal assistidos. Isso parece revelar que representações negativas sobre o atendimento médico podem ser elaboradas e até manifestadas, desde que não se associem expressamente à realidade atual.

Para os pacientes, a frequência de verbalizações sobre atitudes emocionais foi maior do que a frequência de

comportamentos operacionais, o que parece sinalizar que atitudes de atenção e de interesse são mais valorizadas do que comportamentos de intervenção, sendo que, na prática assistencial, esses últimos vinculam-se diretamente a atitudes de cuidado. Mas, aparentemente, os pacientes não relacionam um nível com o outro.

Não transparece em nenhum dos relatos dos pacientes, a percepção de que o profissional tem a expectativa de atender um paciente passivo. Surpreendentemente, não houve relato de “desobediência” do paciente. Pouca diferença foi detectada entre orientações para tratamento e explicação da hipótese diagnóstica, o que dá a impressão de forte associação em termos de estratégias comunicacionais. Apesar de informarem uso de material de apoio às consultas (como desenhos), profissionais e usuários convergem ao comentar sobre a carência de recursos institucionais. Cabe lembrar que o estudo foi desenvolvido em um hospital-escola, por consequência, tais restrições parecem mais graves. A entrevista de retorno é considerada por ambos como dispositivo crucial para avaliar a eficácia terapêutica.

Também assemelha-se a percepção sobre a espera para consulta, pois ambos os sub-grupos caracterizam-na como negativa. Médicos e usuários jamais vincularam a etapa da espera ao atendimento médico. Em outras palavras, apesar de sugerirem atividades distrativas e até mesmo educativas em saúde, não conseguem perceber esta fase como dispositivo de pré-consulta, cujas potencialidades deveriam ser melhor conhecidas e exploradas para otimização da prática assistencial.

Considerações finais

Apesar das limitações do delineamento metodológico do presente estudo, em decorrência das expectativas sociais geradas durante as entrevistas, obteve-se relatos de interesse quanto à percepção sobre a pré-consulta e consulta em saúde. É plausível supor que os membros da díade terapêutica, visando proteger a relação – a qual exigirá continuidade em razão do enfrentamento da doença –, retiram da equação terapêutica seus elementos negativos, passando a focalizá-los externamente, seja em profissionais de outros hospitais, seja no sistema de saúde. Desse modo, compreende-se melhor as avaliações preponderantemente positivas manifestadas por usuários e seus médicos.

De um outro ponto de vista, parece verossímil a hipótese de que, em função das metas institucionais de qualidade assistencial e de formação profissional características de um hospital-escola, a relação de cuidado pode ser

efetivamente beneficiada, o que explicaria os resultados favoráveis obtidos no presente estudo. Talvez aspectos relacionais positivos apreendidos no processo ensino-aprendizagem sejam transferidos para a relação terapêutica.

Futuras pesquisas deveriam incluir a metodologia observacional, já que a complementação do discurso sobre a comunicação com dados gerados pelo registro comportamental da situação clínica propriamente dita poderia, então, minimizar os efeitos das expectativas sociais (Roter & Larson, 2001).

Por fim, percebida como inquietante e opressiva,

concebida como um mal inevitável dos serviços de saúde, tanto por profissionais como por usuários, a espera deveria ser eliminada, ou reduzida ao mínimo, sob um ponto de vista de otimização e rentabilidade. A espera, como momento integrado à entrevista clínica, continua a não ser considerada por profissionais de saúde que estruturam a prática assistencial a partir de encontros para cuidar, cujas etapas iniciais são essenciais para a consecução dos objetivos terapêuticos. Em suma, os resultados reunidos nessa pesquisa reforçam o interesse atual quanto ao aprimoramento das técnicas de formação e treinamento profissional voltadas para a comunicação em saúde.

Referências

- Anderson, L. A. & Hinckley, J. J. (1998). Role dimensions of patient and physician in medical interviews: Relationship to patient's satisfaction. *Psychological Reports*, 82(2), 601-602.
- Araujo, T. C. C. F. (1996). *Espera para consulta: um estudo dos fatores influentes no reconhecimento, interpretação, organização e comunicação dos sintomas pelos usuários dos serviços de saúde*. Relatório de Pesquisa. Brasília: CNPq.
- Campbell, J. L. (1994). General practitioner appointment systems, patient satisfaction, and use of accident and emergency services. A study in one geographical area. *Family Practice*, 11(4), 438-445.
- Cosnier, J., Grosjean, M. & Lacoste, M. (Orgs.) (1994). *Soins et communication: Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Flemmer, D. S., Novack, D. H. & Gracely, E. (1996). Effects of managed care on physician-patient relationships, quality of care, and the ethical practice of medicine. *Archival of Internal Medicine*, 158(15), 1626-1632.
- Friederichs-Fitzwater, M. M. & Gilgun, J. (2001). Relational control in physician-patient encounters. *Health Communication*, 13(1), 75-87.
- Giannini, A. J., Giannini, J. D. & Bowman, R. K. (2000). Measurements of nonverbal receptive abilities in medical students. *Perceptual and Motor Skills*, 90(3), 1.145-1.150.
- Grant, C. H.; Cissna, K. N. & Rosenfeld, L. B. (2000). Patient's perceptions of physicians communication and outcomes of the accrual to trial process. *Health Communication*, 12(1), 23-39.
- Guadagnoli, E. & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine*, 47(3), 329-339.
- Inui, T. S. & Carter, W. B. (1985). Problems and prospect for health services research on provider-patient communication. *Medical Care*, 23(5), 521-538.
- Lambert, L. B., Street, R.L., Cegala, D. L. Smith, D.H., Kurtz, S. & Shofield, T. (1997). Provider-patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. *Health Communication*, 9(1), 27-43.
- Lipkin Jr., M. (1996). Physician-patient interaction in reproductive counseling. *Obstetrics & Gynecology*, 88(3-supplement), 31-40.
- Makoul, G., Arnston, P. & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science & Medicine*, 41(9), 1.241-1.254.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology. Theory, research and practice*. London: Sage.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Ong, L. M. L., Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7), 903-918.
- Ramos, V. S. C. (1998). *A participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre seu tratamento*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, DF.
- Roter, D. L. & Larson, S. (2001). The relationship between residents and attending physicians' communication during primary care visits: An illustrative use of the Roter Interactional Analysis System. *Health Communication*, 9(1), 33-48.
- Salmon, P. (2000). Patients who present a physical symptom in the absence of physical pathology: A challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Patient Education Counseling*, 39, 105-113.
- Salmon, P., Peters, S. & Stanley, I. (1999). Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: Qualitative analysis. *British Medical Journal*, 318(7180), 372-376.
- Santos, A. C. A. & Araujo, T. C. C. F. (2000). Consulta em saúde: Um estudo exploratório dos fatores comunicacionais envolvidos na relação entre usuário e profissional de saúde [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de Comunicações Científicas, XXX Reunião Anual de Psicologia (p. 236). Brasília: SBP.
- Santos, A. C. A. (2001). *Consulta médico-paciente: Um estudo sobre aspectos comunicacionais da relação de cuidado em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, DF.
- Segouin, C. & Hodges, B. (2005). Educating doctors in France and Canada: are the differences based on evidence or history. *Medical Education*, 39 (12), 1.205-1.212.
- Shaikh, A., Knobloch, L. M. & Stiles, W. B. (2001). The use of a verbal response mode coding system in determining patient and physician roles in medical interviews. *Health Communication* 13(1), 49-60.
- Street Jr., R. L. & Millay, B. (2001). Analyzing patient participation in medical encounters. *Health Communication* 13(1), 61-73.
- Street Jr., R. L. & Voigt, B. (1997). Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Medical Decision Making*, 17(3), 298-306.
- Thom, D. H. & Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: An exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 169-176.
- Vanderford, M. L., Jenks, E. B. & Sharf, B. F. (1997). Exploring patients' experiences as a primary source of meaning. *Health Communication*, 9(1), 13-26.

Recebido pela Comissão Editorial em 25/6/2006, com aprovação final para publicação em 1/12/2006.