

Maria Luís Araújo Pereira de Aguiar: Communication as an integral part in the success of the General Care consultation

Maria Luís Araújo Pereira de Aguiar

Communication as an integral part in the success of the General Care consultation

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

**Communication as an integral part in the
success of the General Care consultation
Maria Luís Araújo Pereira de Aguiar**

M

2020



Communication as an integral part in the success of the General Care consultation

Autora: Maria Luís Araújo Pereira de Aguiar

up201404672@icbas.up.pt

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Orientadora: Joana da Costa Baptista Gomes Barrocas

Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Caravela- Unidade

Local de Saúde de Matosinhos

Professora Auxiliar Convidada do Mestrado Integrado em

Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,

Universidade do Porto

Coorientadora: Diana Freitas

Assistente Hospitalar de Medicina Interna no Hospital Privado de Alfena

Assistente Júnior de Semiologia Médica e Cirúrgica do Mestrado Integrado

em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,

Universidade do Porto

Porto, junho de 2020

AGRADECIMENTOS

Tal como o percurso de 6 anos que o antecede, este projeto ancora alguns agradecimentos que não posso deixar de fazer.

Aos meus pais, por me proporcionarem a oportunidade, os recursos e os valores.

Ao meu namorado Manuel, pela paciência e carinho com que acompanhou todo o processo.

Às minhas amigas Ana Sofia e Matilde, por serem o exemplo, a ajuda e a motivação quando preciso.

Ao meu amigo Pedro, pelo inigualável apoio técnico.

À Professora Doutora Joana Barrocas, pela orientação, o cuidado e a experiência.

Por último, o meu mais profundo *“obrigada”* à Dra. Diana Freitas, pela condução exímia deste trabalho, pelas sucessivas correções e indicações, pelas palavras e carinho com que marcou não só este projeto, mas também a minha vida académica.

RESUMO

Numa era cada vez mais digital, perante uma sociedade mais informada e exigente e assistindo à reformulação do papel do médico na saúde dos doentes, torna-se cada vez mais importante perceber como é que uma ferramenta ancestral, a comunicação, pode ser o motor do sucesso do encontro clínico.

O presente artigo explora de que forma a comunicação se pode refletir no sucesso da consulta médica, que relações estabelece com os preditores da aliança terapêutica, como a colaboração, vínculo afetivo, confiança, empatia ou satisfação, e que estratégias comunicativas podem melhorar a saúde do doente, no contexto da Medicina Geral e Familiar.

Esta revisão assenta numa pesquisa bibliográfica dos últimos 5 anos nas bases de dados PUBMED, ISI-WEB OF KNOWLEDGE e Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, utilizando as seguintes palavras-chave: comunicação médico-paciente, empatia, expectativas dos pacientes, Medicina Geral e Familiar, aliança terapêutica e satisfação.

Verificou-se, que um correto treino em capacidades comunicativas se relaciona com melhor compreensão e mais confiança e satisfação por parte do doente. A intervenção motivacional mostrou constituir uma ferramenta promissora na capacitação dos doentes para as estratégias terapêuticas. Uma abordagem centrada no doente e a aposta na partilha de decisões terapêuticas, edificadas numa comunicação qualificada, associou-se positivamente com os *outcomes* explorados, nomeadamente com a adesão terapêutica.

A relação que a comunicação estabelece com os objetivos terapêuticos não é direta, mas factual. Existe um conjunto de estratégias e abordagens que priorizam o doente, como as supracitadas, íntimas da comunicação, que fazem notar o seu impacto e importância.

Palavras-chave: Comunicação médico-paciente; Empatia; Expectativas dos pacientes; Medicina Geral e Familiar; Aliança terapêutica; Satisfação.

ABSTRACT

As we are living in an increasingly digital era with a more informed and demanding society and assisting to the reformulation of the clinical's role in patients' health, it is even more important to understand how an ancestral tool, communication, can be the powerful engine to the success of the clinical encounter.

This article explores how communication can be reflected in the success of primary care consultation, the relationships it establishes with the predictors of the therapeutic alliance, such as collaboration, affective bond, trust, empathy or satisfaction, and what communicative strategies can improve the health of the patient, within the context of General and Family Medicine.

This review is based on a bibliographical research of the last 5 years in the databases PUBMED, ISI-WEB OF KNOWLEDGE and *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, using the following keywords: Doctor-patient communication, empathy, patient expectations, General and Family Medicine, therapeutic alliance and satisfaction.

Evidence shows that a correct training in communicative abilities generates a better understanding and more confidence and satisfaction on the part of the patient. Motivational intervention has shown to be a promising tool in training patients for therapeutic strategies. A patient-centred approach and the commitment to share therapeutic decisions, built on qualified communication, was positively associated with the outcomes explored, namely with therapeutic adherence.

The relationship that communication establishes with therapeutic objectives is not direct, but factual. There is a set of strategies and approaches that prioritize the patient, such as the above-mentioned, intimate to communication, that highlight its impact and importance.

Keywords: Doctor-patient communication; physician empathy; primary health care; patients' expectations; therapeutic alliance; satisfaction with care.

LISTA DE ABREVIATURAS

MF	Médico de Família
MCDT's	Meios complementares de diagnóstico

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
METODOLOGIA.....	3
DESENVOLVIMENTO	4
A COMUNICAÇÃO COMO MOTOR DO SUCESSO	4
A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA	7
A IMPORTÂNCIA DA EMPATIA NOS RESULTADOS EM SAÚDE	9
CONCLUSÃO	10
BIBLIOGRAFIA	11

INTRODUÇÃO

O exercício da medicina tem a sua base na comunicação: a anamnese, a transmissão de diagnósticos e prescrições, o aconselhamento sobre estilos de vida e prevenção da doença, a referenciação e o trabalho em equipa dependem da comunicação, sendo esta, por esse motivo, vital no quotidiano médico. Além disso, a comunicação é também capital na gestão do sofrimento e demais emoções associadas à doença, que se inclui no papel do médico.¹

A relevância do ato de comunicar cresce exponencialmente quando da prática de Medicina Geral e Familiar se trata, já que esta especialidade médica se caracteriza pela medicina centrada na pessoa. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido nas vertentes bio-psico-socio-cultural e para isso é pressuposto encontrar-se no médico de família o domínio de um conjunto de métodos e técnicas de relação e comunicação médico-doente, selecionando-os face a cada situação e contexto.² Cada contacto entre o paciente e o seu médico contribui para uma história em evolução e cada consulta individual pode desenhar-se a partir da experiência previamente partilhada, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma efectiva comunicação médico-paciente.³

Importa ainda referir que o papel do médico está em transformação: a autoridade do médico, a quem cabia o papel de tomar todas as decisões, está a dar lugar a um modelo de partilha da tomada de decisão entre o profissional de saúde e o paciente, no qual a comunicação e a transmissão adequada de informação são fundamentais.⁴

Dado este contexto socio-cultural, estará a comunidade médica a dar os passos certos?

Etimologicamente, a palavra *comunicar* deriva do latim *comunicare* que significa “partilhar alguma coisa com alguém”, “pôr em comum”, “tornar comum”. Comunicar bem com o paciente, que se senta à nossa frente, pode por si só ter um efeito curativo. O paciente, numa posição vulnerável, procura no médico, mais do que soluções terapêuticas, compreensão, partilha e apoio. O efeito curativo da comunicação para além de ser resultado do “desabafar”, do “descargo emocional” inerente à condição patológica do paciente, do mesmo se sentir compreendido, suportado e assim ver a sua ansiedade diminuída. Este efeito é ainda mais preponderante em consequência de um melhor entendimento por parte do doente relativamente à sua doença e ao plano a seguir. podendo ainda facilitar a gestão emocional e a partilha de decisões, melhorando assim a aliança terapêutica e a *compliance*.⁵

Este artigo de revisão objetiva explorar a importância da comunicação e de que forma a cadeia de relações que desencadeia culmina na *compliance* terapêutica e gestão da saúde do doente, *outcomes* desejáveis para o sucesso da consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF).

METODOLOGIA

A presente revisão foi suportada por uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PUBMED, ISI-WEB OF KNOWLEDGE, utilizando as seguintes palavras-chave: *physician empathy, primary health care, patients' expectations, therapeutic alliance, satisfaction with care*; associadas a: *Doctor-patient communication*. Foi também realizada uma pesquisa de artigos de autores portugueses, na Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, usando como palavras-chave: comunicação médico-doente, expectativas dos pacientes, empatia médica, aliança terapêutica e satisfação.

Para serem incluídos, os estudos terão que investigar a associação entre fatores de comunicação (estilos de interação, fatores verbais e não verbais) e construtos da aliança terapêutica (colaboração, vínculo afetivo, concordância, confiança ou empatia), medidos durante encontros entre profissionais de saúde primária e paciente ou que possam ser extrapolados para a prática dos cuidados de saúde primários. Estudos que correlacionem os construtos supracitados com os *outcomes* em saúde serão também incluídos. Serão excluídos estudos que não se enquadram na área da especialidade de Medicina Geral e Familiar, que não estejam escritos na língua portuguesa ou inglesa e que sejam anteriores ao ano de 2014.

Os artigos incluídos nesta revisão que não se encontravam integralmente disponíveis nas bases de dados supracitadas, foram solicitados formalmente, via e-mail, aos autores dos mesmos.

DESENVOLVIMENTO

A COMUNICAÇÃO COMO MOTOR DO SUCESSO

A comunicação clínico-paciente, há muito vem sendo considerada crucial e até o principal determinante da adesão terapêutica.⁶ É frequentemente presumido que a comunicação se relaciona diretamente com os *outcomes* objetiváveis. No entanto, o que realmente acontece é que a comunicação é um veículo do sucesso da consulta, modificando sim aspetos como a compreensão do paciente, a satisfação, a confiança, a literacia do doente e o compromisso com o clínico.⁷ Estes, por sua vez, traduzem-se numa maior adesão à terapêutica, aos exames de rastreio e aos meios complementares de diagnóstico.⁸

Nos últimos 5 anos diversos ensaios clínicos contribuíram para comprovar esta cadeia de relações que culmina na saúde dos *nossos* pacientes.

A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education em 2016 realçou a importância das capacidades de relação e comunicação médico-doente a incluir no currículo das escolas médicas.⁹

Verifica-se que os médicos tendem a ser mais empáticos, a realizar mais perguntas abertas, a convidar o doente a participar mais nas decisões terapêuticas, a dedicar mais tempo a informar os doentes acerca dos seus problemas de saúde e a confirmar se o doente entendeu o que lhe foi comunicado, após formação em capacidades comunicativas.¹⁰ Aliado ao treino destas capacidades comunicativas há estratégias que parecem ter relação com melhores índices de satisfação por parte dos doentes que se traduzem, por sua vez, em mudanças comportamentais e adesão ao plano terapêutico. É o caso da intervenção motivacional, uma estratégia centrada no paciente desenvolvida nos anos 80 em contexto terapêutico de comportamentos aditivos (álcool e drogas). Recentemente, Pollak et al. conclui, num ensaio clínico realizado com jovens obesos, que quando os médicos somavam ao seu discurso ferramentas de estratégia motivacional, os pacientes nutriam maior empatia pelo clínico e saíam da consulta mais motivados a mudar o seu comportamento.¹¹ Um outro ensaio clínico, desta feita com doentes HIV, refere haver uma relação positiva entre a intensidade do treino em ferramentas motivacionais e a satisfação do doente com o encontro clínico.¹² Porém, em ambos os ensaios clínicos os resultados no decréscimo de peso e na adesão farmacológica, respetivamente, não foram estatisticamente significativos, apesar das vantagens supracitadas destas intervenções.

Quando a forma do clínico comunicar prima por ser franca, informativa e compreensiva as repercussões são mensuráveis, principalmente no que toca à saúde preventiva dos doentes. Vários

são os apelos para os profissionais de saúde reforçarem a adesão ao plano vacinal como prática individual e socialmente responsável; um ensaio clínico americano com ponto de partida nos inúmeros estudos que apontavam que os profissionais de saúde tendiam a falhar no modo como comunicavam os planos vacinais aos seus pacientes/parentes, levou a cabo uma intervenção com 5 componentes, entre elas, um *website* “iVac” com informação personalizada e individualizada acerca da vacinação contra HPV para os pais dos jovens pacientes, imagens ilustrativas de lesões por infeção com HPV para apresentar quando o assunto fosse mencionado em consulta, treino em capacidades comunicativas neste contexto e partilha da decisão de aderir à vacinação. Esta intervenção levou a um aumento significativo da percentagem dos jovens vacinados contra HPV, naquele período, e por isso os clínicos no grupo de intervenção decidiram manter esta abordagem na sua prática mesmo após conclusão do ensaio.¹³ Também no ano de 2018, um outro estudo introduziu um programa de treino em capacidades comunicativas para os profissionais de saúde responsáveis por um plano de acompanhamento multidisciplinar pós-tratamento oncológico, que incluía informação e recomendações importantes no seguimento de doentes após um processo oncológico, estratégias comunicativas para este tipo de consultas, treino dessas estratégias em “role-plays” e discussão dos benefícios e limitações deste tipo de intervenção. Os pacientes incluídos nesta intervenção revelaram uma clara mudança no conhecimento da sua condição e duplicaram a probabilidade de cumprirem a vacinação antigripal e o rastreio do cancro colorrectal por colonoscopia¹⁴ Anteriores intervenções, com planos de seguimento multidisciplinares semelhantes, mas sem inclusão de programas de treino em capacidades comunicativas revelaram maior satisfação dos doentes com a consulta, contudo sem resultados estatisticamente significativos no que toca à compliance terapêutica.¹⁵

Num ensaio clínico que avaliou a eficácia de diferentes estratégias cujo objetivo era evitar a prescrição inadequada de antibióticos mostrou que uma explicação clara e completa de determinada doença e respetivo plano terapêutico, poderia mesmo dispensar a prescrição de exames auxiliares de diagnóstico, sem comprometer a satisfação do doente.¹⁶

A evidência acima descrita reforça a relação entre a falta de entendimento do doente face à sua patologia e o incumprimento das recomendações clínicas.¹⁷

Se por um lado o treino em *communications skills* leva a maior satisfação por parte do doente, e muito se defende internacionalmente a implementação destas técnicas nas escolas médicas, por outro lado, há diversos estudos que sugerem ineficácia destes programas quando se tratam apenas de intervenções curtas.¹⁸ Desta forma, as *guidelines* da Organização Mundial de Saúde recomendam que as formações nesta área tenham pelo menos 50 horas.¹⁹

A comunicação médico-doente não só de palavras se define. A comunicação estabelece uma relação, uma parceria que deve ser cuidada pelo clínico, adotando o perfil adequado a cada situação. Há evidência científica de que os médicos que optam por uma postura humilde têm mais facilidade em “trabalhar” com os seus pacientes, quando comparados com médicos considerados mais arrogantes ou autoritários.²⁰ Sendo a saúde do doente o propósito de todas as intenções clínicas, o doente, a sua opinião e as suas emoções são fundamentais e têm de ser sempre consideradas na relação médico-doente. O resultado do doente se sentir ouvido e compreendido pode ser avassalador no sentido positivo do eufemismo. Aliás, quando o paciente refere que o MF comunicou de forma explícita e acessível ou quando o paciente se sente envolvido na dinâmica da consulta tanto quanto gostaria é cerca de 4 vezes mais provável que o mesmo saia da consulta satisfeito com os cuidados de saúde prestados.²¹

Um outro traço no clínico que parece estar associado aos *outcomes* desejados, como iremos ver mais à frente, é a confiança no clínico. Mais uma vez, a comunicação tem um papel fundamental, havendo uma forte relação entre as competências comunicativas do clínico e a confiança nele depositada.²²

Várias são as estratégias inerentes à comunicação que a tornam efetiva junto dos doentes. A evidência mostra que, estabelecer uma agenda para a consulta, com os tópicos que tanto o médico como o paciente querem ver abordados, torna a comunicação do clínico mais centrada no doente e envolvendo-o na gestão da mesma, proporcionando/ facilitando um compromisso terapêutico.²³

A relevância da comunicação não-verbal e do comportamento verbal não específico, como uma pequena conversa social ou feedback com pequenas expressões, como abanar a cabeça em sinal afirmativo, ou palavras como “compreendo”, “estou a ver”, “sim”, por parte do médico quando o doente está a explicar ou a comunicar algo em consulta, está também descrita na bibliografia.²⁴ Neste campo particular da comunicação, está referida a eficácia de curtos programas de treino, breves sessões explicativas (10 minutos) dos pontos chave após uma fase observacional das capacidades comunicativas dos clínicos e seguidas de um período (3 semanas) de reflexão e capacitação autónoma por parte dos mesmos.²⁵

Apesar de, como vimos, a comunicação não se esgotar na sua vertente verbal, a utilização dos termos adequados pode fazer a diferença na altura de transmitir uma informação, recomendação ou prescrição ao paciente. A barreira linguística continua a ser um fator que contribui para a fraca adesão à prescrição, com especial relevância para aqueles com menor grau de instrução. Wolf MS, Davis TC, Curtis LM, et al. concluíram que simplificar a forma escrita da prescrição influencia a adesão à mesma, principalmente naqueles doentes que estão sob um

regime medicamentoso complexo ou que apresentam menor literacia. As alterações propostas, como “2 cápsulas ao pequeno-almoço + 2 cápsulas ao jantar” em detrimento de “2 cápsulas 2 vezes por dia” podem e devem ser extrapoladas para a comunicação escrita em consulta.²⁶

De igual modo, a comunicação entre os profissionais de saúde mostra ter influência na saúde dos doentes. Sendo o médico de família o principal referenciador de doentes aos restantes níveis de cuidados verificamos que um correto e metódico registo clínico se relaciona com uma menor percentagem de erros prejudiciais ao doente.²⁷

A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA

Os passos finais a dar, para que o objetivo primordial seja atingido, mais do que uma relação causa-efeito, caracterizam-se por um conjunto de fatores interdependentes, que culminam no sucesso da consulta de Medicina Geral e Familiar. Será por isso difícil dissociar e abordar individualmente as estratégias aqui mencionadas, que acreditamos mudarem o rumo da relação médico-doente.

A satisfação do doente com os cuidados de saúde prestados, a partilha de decisões terapêuticas e a abordagem centrada no doente andam de mãos dadas e influenciam-se mutuamente.²⁸ A confiança no clínico parece ser também um fator decisivo, em uníssono com os demais falados.²⁹

A adesão terapêutica, nomeadamente a adesão farmacológica, é um dos objetivos major da prática médica. Um exemplo claro e actual é o controlo da Hipertensão arterial, em que um dos grandes responsáveis pelo sem insucesso é a adesão farmacológica subótima.³⁰

Numa tentativa de perceber que barreiras se levantam e que soluções podemos adotar para melhorar a adesão medicamentosa, nomeadamente nesta doença que “assombra” os cuidados de saúde primários, J. M. Polinski et al. concluiu que barreiras como o custo dos medicamentos ou o receio dos efeitos adversos se associam a uma fraca relação com o médico de família. Quando questionados, esses doentes referiram sentir-se “de parte” aquando da decisão terapêutica, muitas vezes desconfiando da prescrição clínica, achando que, quando mais que um medicamento é prescrito, há um interesse económico por de trás. Uma abordagem promissora para melhorar tanto a relação do paciente com o clínico como, inevitavelmente, a adesão terapêutica, é trabalhar em conjunto com doente, informando-o e envolvendo-o ao ponto de ser parte integrante da decisão terapêutica.³¹ É certo que os pacientes referem, muitas vezes, receio e falta de confiança para mencionar as suas preocupações ou pedir esclarecimentos, principalmente aqueles que integram as minorias étnicas ou religiosas; importa assim a qualificação dos clínicos

na abordagem ao doente, ajudando-o a apurar as preferências terapêuticas, assim como as suas necessidades, o que, por sua vez, levaria estes últimos a sentirem-se ouvidos e a saírem da consulta mais satisfeitos com os cuidados prestados.³² Uma comunicação/relação médico-doente mais valorizada pelo doente cursa com um maior índice satisfatório que, por sua vez, se traduz na adesão terapêutica.³³

Foi também estudado este círculo de relações no contexto da Diabetes Mellitus Tipo 2. Estudos anteriores comprovam existir uma relação positiva entre a satisfação dos doentes e um melhor controlo da doença.³⁴ Anja Wollny et al. exploraram, recentemente, que alterações traria uma abordagem centrada no paciente onde eram revistas as comorbidades dos doentes, explorados os seus pontos de vista e em que fosse primada a partilha de decisões terapêuticas, recorrendo a uma ferramenta eletrónica capaz de calcular a probabilidade de um evento macrovascular, tendo em conta os valores de HbA1c e os fatores de risco do próprio. Aqui os resultados não tiveram a relevância estatística esperada, falhando em provar as vantagens que esta abordagem ambicionava face à abordagem controlo, em que os clínicos não recebiam qualquer treino ou incentivo específico, realizando uma consulta de rotina anual e medindo os valores de HbA1c duas vezes por ano. Contudo ambos os grupos foram alvo de um seguimento apertado, contactando-se os doentes 5 vezes durante os 24 meses de *follow-up*, e questionando-os sobre o seu bem-estar, os objetivos de saúde traçados e se sentiam capazes de os cumprir; os investigadores acreditam que este controlo apertado de todos os pacientes envolvidos possa ter anulado as diferenças expectáveis no que respeita às duas abordagens.³⁵

As vantagens da abordagem holística e da relação médico-paciente ser encarada como uma parceria, onde ambas as partes têm o seu papel e importância nas decisões a serem tomadas em consulta, são maiores do que a saúde do paciente em causa. Uma abordagem centrada no doente melhora todo um sistema de cuidados, reduzindo mesmo as disparidades sociais. Um facto extrapolado da bibliografia é que os clínicos tendem a encarar os seus pacientes com habilitações literárias superiores como mais capazes de receber informação clínica detalhada; por sua vez esta classe de pacientes tende a ser mais participativa na consulta e nas decisões tomadas. Este facto faz com que os doentes com menos habilitações sintam um menor controlo sobre as decisões, o que representa, por si só, um acréscimo nas desigualdades na saúde.³⁶

Em 2016, A. Fors et al. pôs em prática uma abordagem centrada no paciente, no seguimento de doentes após um evento coronário agudo, implementando o programa PCC (*Paciente centered care*). Neste programa eram tidas em conta as necessidades, expectativas e capacidades do doente face ao programa de reabilitação cardíaca, valorizando-se o papel do doente, que era interveniente em todas as decisões tomadas. Esta intervenção mostrou que os

profissionais de saúde que acompanhavam estes doentes (Cardiologistas e Médicos de Família) ao implementarem esta abordagem, após devidamente qualificados, causavam uma melhoria significativa na adesão e performance dos doentes intervencionados no programa de reabilitação cardíaca, principalmente nos doentes de um nível socioeconómico mais baixo. Os autores deste ensaio acreditam que os resultados animadores se devem à capacitação do doente, que ao ser visto e ouvido se sente mais capaz de cumprir o plano traçado em consulta.³⁷

A evidência disponível refere ainda também que os clínicos devem referir e discutir, com os seus pacientes, os potenciais desafios que a saúde dos mesmos enfrenta. Esta transparência, para além de potenciar o papel ativo do doente, gera uma relação de confiança e esta, por sua vez, está intimamente relacionada com a adesão terapêutica.³⁸

A IMPORTÂNCIA DA EMPATIA NOS RESULTADOS EM SAÚDE

A empatia merece, no presente artigo, um especial destaque pois, para além de ser um conceito chave na saúde, sendo cada vez mais enfatizada na conduta dos profissionais de saúde, nas orientações clínicas e no treino da prática médica³⁹, é uma característica claramente prioritária, para os doentes, nos clínicos.⁴⁰

Em 2019 foram publicados os resultados e conclusões de um ensaio clínico que seguiu durante 10 anos com pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Este estudo tinha como objetivo perceber de que forma a empatia dos profissionais de saúde dos cuidados primários se relacionava com a incidência de eventos cardiovasculares e mortalidade destes doentes. Concluiu-se que os pacientes que mais empatizavam com o clínico no primeiro ano após o diagnóstico de DM2, tinham um risco significativamente mais baixo de mortalidade aos 10 anos, assim como um menor risco de virem a ter um evento cardiovascular, apesar de este último não ser estatisticamente quantificável.⁴¹

É na gestão de emoções e desfechos negativos que a empatia assume, também, um papel preponderante. A ansiedade do doente consequente a uma “má notícia” é moderada pela forma como o clínico a comunica, sendo que uma comunicação mais empática provoca menos ansiedade nestes desfechos.⁴²

CONCLUSÃO

Conforme objetivado, esta revisão procurou perceber a importância que a comunicação tem no sucesso da consulta, e, por conseguinte, na saúde do doente, em particular ao nível dos cuidados de saúde primários.

A evidência revelou que a relação entre a comunicação e os resultados em saúde, quer a nível de adesão terapêutica quer a nível de gestão da doença é extremamente completa e revestida de múltiplas dimensões que se interrelacionam. No entanto, apesar da sua complexidade a relação entre comunicação adequada e melhoria da saúde do indivíduo é clara. A empatia aliada às capacidades comunicativas do clínico, é capaz de mudar positivamente o rumo da relação e do encontro clínico do médico com o seu doente. Quando o paciente se depara com um médico empático, que comunica de forma clara, humilde e transparente é perentória a confiança que se cria e a satisfação que o paciente retira da consulta. Assim, é gerado um vínculo afetivo, que se caracteriza por ser um construto da adesão terapêutica, um dos objetivos primordiais.

Seguem-se as estratégias que visam uma comunicação eficiente, também elas se relacionando de forma direta com os *outcomes* desejados. Uma abordagem holística do doente, encarando-o como capaz de entender a(s) sua(s) condição(ões) patológica(s), informando-o e dando espaço para que a sua opinião, necessidades e prioridades sejam incluídas, mesmo que seja necessário recorrer a ferramentas que suportem e simplifiquem a informação clínica, culmina não só na colaboração, concordância, confiança e satisfação do doente como na aliança terapêutica.

Parece ser difícil “colher os frutos” da qualidade e estratégias de comunicação a curto prazo. Alguns estudos falharam em provar as suas vantagens concluindo ter-se devido, entre outras limitações mais específicas, ao curto tempo de follow-up. Esta questão temporal reforça a importância acrescida de tudo o que foi dito na prática médica dos cuidados de saúde primários, já que o médico de família, por estabelecer um contacto contínuo e longitudinal com os seus doentes, vai, indiscutivelmente, e mais do que qualquer outro especialista, colher os frutos de um doente satisfeito e colaborante.

Explorando o que se publicou nos últimos 5 anos, esta revisão vem reforçar os benefícios da comunicação centrada no paciente, demonstrando a forma como estas relações se estabelecem e quais os seus requisitos. É importante realçar o papel primordial que a comunicação entre o médico e o paciente, bem como o envolvimento desde último na tomada de decisões, desempenham na aliança terapêutica,⁴³ sendo os resultados em saúde consideravelmente dependentes do tipo de comunicação e abordagem que o clínico escolhe usar.⁴⁴

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Pedro Ribeiro Da Silva, «A comunicação na prática médica: O seu papel como componente terapêutico», *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 24, n. 4 (1 de Julho de 2008): 505–12, <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i4.10531>.
- ² «Livro-Azul-APMCG.pdf», acessado 4 de Junho de 2020, <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Livro-Azul-APMCG.pdf>.
- ³ Justin Allen et al., «A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar)», *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 21, n. 5 (1 de Setembro de 2005): 511–16, <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i5.10170>.
- ⁴ Elisabete Barbosa de Jesus, «Competências comunicacionais na relação médico-doente: estudo em serviço de urgência», 16 de Janeiro de 2017, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>.
- ⁵ Richard L. Street et al., «How Does Communication Heal? Pathways Linking Clinician-Patient Communication to Health Outcomes», *Patient Education and Counseling* 74, n. 3 (Março de 2009): 295–301, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>.
- ⁶ Kelly B. Haskard Zolnierok e M. Robin DiMatteo, «Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis», *Medical care* 47, n. 8 (Agosto de 2009): 826–34, <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>.
- ⁷ Richard L. Street, «How Clinician-Patient Communication Contributes to Health Improvement: Modeling Pathways from Talk to Outcome», *Patient Education and Counseling* 92, n. 3 (Setembro de 2013): 286–91, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.004>.
- ⁸ Julian E. Mariampillai et al., «Apparent Treatment-Resistant Hypertension - Patient-Physician Relationship and Ethical Issues», *Blood Pressure* 26, n. 3 (Junho de 2017): 133–38, <https://doi.org/10.1080/08037051.2016.1277129>.
- ⁹ Cristina García de Leonardo et al., «A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education», *BMC Medical Education* 16 (28 de Março de 2016), <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0610-8>.
- ¹⁰ Adrienne Boissy et al., «Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction», *Journal of General Internal Medicine* 31, n. 7 (2016): 755–61, <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>.
- ¹¹ Kathryn I. Pollak et al., «Teaching physicians Motivational Interviewing for discussing weight with overweight adolescents: The Teen CHAT Randomized Controlled Trial», *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 59, n. 1 (Julho de 2016): 96–103, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.026>.
- ¹² Mary Catherine Beach et al., «Effects of Minimal Versus Intensive Intervention to Enhance Motivational Interviewing in HIV Care», *AIDS and Behavior* 22, n. 1 (Janeiro de 2018): 276–86, <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1794-6>.
- ¹³ Amanda F. Dempsey et al., «Effect of a Health Care Professional Communication Training Intervention on Adolescent Human Papillomavirus Vaccination: A Cluster Randomized Clinical Trial», *JAMA Pediatrics* 172, n. 5 (07 de 2018): e180016, <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.0016>.
- ¹⁴ Patricia A. Parker et al., «Efficacy of a Survivorship-Focused Consultation versus a Time-Controlled Rehabilitation Consultation in Patients with Lymphoma: A Cluster Randomized Controlled Trial», *Cancer* 124, n. 23 (01 de 2018): 4567–76, <https://doi.org/10.1002/cncr.31767>.
- ¹⁵ Joseph M. Connors, «State-of-the-Art Therapeutics: Hodgkin's Lymphoma», *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 23, n. 26 (10 de Setembro de 2005): 6400–6408, <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.016>.

- ¹⁶ Sarah Tonkin-Crine et al., «Discrepancies between Qualitative and Quantitative Evaluation of Randomised Controlled Trial Results: Achieving Clarity through Mixed Methods Triangulation», *Implementation Science: IS* 11 (12 de Maio de 2016): 66, <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0436-0>.
- ¹⁷ Sarah C. Reed et al., «Cancer Survivors' Reported Discussions with Health Care Providers About Follow-Up Care and Receipt of Written Care Plans», *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education* 33, n. 6 (2018): 1181–88, <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1228-1>.
- ¹⁸ Meredith G. Manze et al., «Brief Provider Communication Skills Training Fails to Impact Patient Hypertension Outcomes», *Patient Education and Counseling* 98, n. 2 (Fevereiro de 2015): 191–98, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.014>.
- ¹⁹ World Health Organization Regional Office for Europe, «Therapeutic Patient Education : Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases : Report of a WHO Working Group», 1998, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>.
- ²⁰ Peter M. Ruberton et al., «The Relationship between Physician Humility, Physician-Patient Communication, and Patient Health», *Patient Education and Counseling* 99, n. 7 (2016): 1138–45, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.012>.
- ²¹ Sibel Vildan Altin e Stephanie Stock, «The Impact of Health Literacy, Patient-Centered Communication and Shared Decision-Making on Patients' Satisfaction with Care Received in German Primary Care Practices», *BMC Health Services Research* 16 (30 de 2016): 450, <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>.
- ²² Heather Coats et al., «Quality of Communication and Trust in Patients With Serious Illness: An Exploratory Study of the Relationships of Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and Religiosity», *Journal of Pain and Symptom Management* 56, n. 4 (2018): 530-540.e6, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.005>.
- ²³ Jennifer L. Wolff et al., «Patient-Family Agenda Setting for Primary Care Patients with Cognitive Impairment: The SAME Page Trial», *Journal of General Internal Medicine* 33, n. 9 (2018): 1478–86, <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4563-y>.
- ²⁴ Paul Little et al., «Verbal and Non-Verbal Behaviour and Patient Perception of Communication in Primary Care: An Observational Study», *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 65, n. 635 (Junho de 2015): e357-365, <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685249>.
- ²⁵ Paul Little et al., «Randomised Controlled Trial of a Brief Intervention Targeting Predominantly Non-Verbal Communication in General Practice Consultations», *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 65, n. 635 (Junho de 2015): e351-356, <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685237>.
- ²⁶ Michael S. Wolf et al., «A Patient-Centered Prescription Drug Label to Promote Appropriate Medication Use and Adherence», *Journal of General Internal Medicine* 31, n. 12 (Dezembro de 2016): 1482–89, <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3816-x>.
- ²⁷ Alisa Khan et al., «Patient Safety after Implementation of a Coproduced Family Centered Communication Programme: Multicenter before and after Intervention Study», *BMJ* 363 (5 de Dezembro de 2018), <https://doi.org/10.1136/bmj.k4764>.
- ²⁸ Altin e Stock, «The Impact of Health Literacy, Patient-Centered Communication and Shared Decision-Making on Patients' Satisfaction with Care Received in German Primary Care Practices».
- ²⁹ Sung Soo Kim, Stan Kaplowitz, e Mark V. Johnston, «The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance», *Evaluation & the Health Professions* 27, n. 3 (Setembro de 2004): 237–51, <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>.
- ³⁰ Michel Burnier e Brent M. Egan, «Adherence in Hypertension: A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management», *Circulation Research* 124, n. 7 (29 de Março de 2019): 1124–40, <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>.

- ³¹ J. M. Polinski et al., «A Matter of Trust: Patient Barriers to Primary Medication Adherence», *Health Education Research* 29, n. 5 (Outubro de 2014): 755–63, <https://doi.org/10.1093/her/cyu023>.
- ³² Margarita Alegria et al., «Effectiveness of the DECIDE Interventions on Shared Decision Making and Perceived Quality of Care in Behavioral Health With Multicultural Patients: A Randomized Clinical Trial», *JAMA Psychiatry* 75, n. 4 (01 de 2018): 325–35, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4585>.
- ³³ Aysha Almas, Faridah Bhamani, e Aamir Hameed Khan, «Better Physician-Patient Communication; an Important Milestone in Control of Hypertension, a Multicenter Study from Karachi, Pakistan», *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP* 24, n. 12 (Dezembro de 2014): 952–54, <https://doi.org/10.12201/JCPSP.952954>.
- ³⁴ M. H. Alazri e R. D. Neal, «The Association between Satisfaction with Services Provided in Primary Care and Outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus», *Diabetic Medicine* 20, n. 6 (2003): 486–90, <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2003.00957.x>.
- ³⁵ Anja Wollny et al., «Patient-Centered Communication and Shared Decision Making to Reduce HbA1c Levels of Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes Mellitus - Results of the Cluster-Randomized Controlled DEBATE Trial», *BMC Family Practice* 20, n. 1 (25 de 2019): 87, <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0977-9>.
- ³⁶ S. Willems et al., «Socio-Economic Status of the Patient and Doctor-Patient Communication: Does It Make a Difference?», *Patient Education and Counseling* 56, n. 2 (Fevereiro de 2005): 139–46, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.02.011>.
- ³⁷ Andreas Fors et al., «Effectiveness of Person-Centred Care after Acute Coronary Syndrome in Relation to Educational Level: Subgroup Analysis of a Two-Armed Randomised Controlled Trial», *International Journal of Cardiology* 221 (15 de Outubro de 2016): 957–62, <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.060>.
- ³⁸ Mariampillai et al., «Apparent Treatment-Resistant Hypertension - Patient-Physician Relationship and Ethical Issues».
- ³⁹ Frans Derksen, Jozien Bensing, e Antoine Lagro-Janssen, «Effectiveness of Empathy in General Practice: A Systematic Review», *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 63, n. 606 (Janeiro de 2013): e76-84, <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>.
- ⁴⁰ M. Wensing et al., «A Systematic Review of the Literature on Patient Priorities for General Practice Care. Part 1: Description of the Research Domain», *Social Science & Medicine (1982)* 47, n. 10 (Novembro de 1998): 1573–88, [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00222-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00222-6).
- ⁴¹ Hajira Dambha-Miller et al., «Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study», *Annals of Family Medicine* 17, n. 4 (2019): 311–18, <https://doi.org/10.1370/afm.2421>.
- ⁴² Jelena Zwingmann et al., «Effects of Patient-Centered Communication on Anxiety, Negative Affect, and Trust in the Physician in Delivering a Cancer Diagnosis: A Randomized, Experimental Study», *Cancer* 123, n. 16 (15 de Agosto de 2017): 3167–75, <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>.
- ⁴³ Peep F. M. Stalmeier, «Adherence and Decision AIDS: A Model and a Narrative Review», *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 31, n. 1 (Fevereiro de 2011): 121–29, <https://doi.org/10.1177/0272989X10370487>.
- ⁴⁴ Haskard Zolnieriek e DiMatteo, «Physician Communication and Patient Adherence to Treatment».