

COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO: IMPACTO EMOCIONAL E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

**4º Encontro do Consenso de Psicologia em Reprodução Assistida
XIX Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida
Búzios/RJ – agosto 2015**



**Cássia Cançado Avelar
Julieta Quayle
Vanya S Dossi**

COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO: O ENCONTRO

É fundamental recordar que o encontro médico-paciente já ocorre pautada por uma assimetria: **a diferença de perspectivas dos envolvidos já favorece uma comunicação permeada por expectativas e objetivos diferentes.**

Sancoviski (2007), ao refletir sobre a relação médico-paciente no contexto hospitalar afirma:

“A relação médico-paciente condiciona uma situação em que há uma significativa carga ansiógena, sendo que a ansiedade do paciente é muito mais fácil de ser percebida, principalmente porque ele se encontra numa situação de exceção, particularmente ameaçadora e incerta. Sua relação com o médico também é ansiogênica por colocá-lo numa posição desnivelada, onde aquele é colocado numa posição superior que, após sondar o corpo e o espírito, pode sentenciar a vida ou a morte com apenas uma palavra.”



COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO: O ENCONTRO

Uma das dificuldades advindas do progresso da medicina foram as relações entre médicos e pacientes - que se tornaram mecanizadas ao longo do tempo.

Em razão do desenvolvimento tecnológico na medicina, alguns aspectos mais sublimes do paciente, tais como suas emoções, suas crenças e valores, ficaram em segundo ou terceiro planos, ou são mesmo francamente ignorados em nome da “objetividade científica” e do trabalho “baseado em evidências”.

É fundamental que o **resgate da subjetividade** ocorra no contexto da saúde e das propostas terapêuticas para que os portadores desta ou daquela condição médica (e não esta ou aquela doença ou condição) recebam os cuidados e a atenção necessários e tão valiosos.



COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO: O ENCONTRO

A doença e seu tratamento, objeto do saber cientificamente reconhecido, passou a monopolizar a atenção do ato médico.

Dentro deste enfoque eminentemente técnico, muitas vezes a medicina acaba se desumanizando. Se por um lado é extremamente importante que hoje possamos recorrer a inúmeros testes e exames, por outro é inequívoco que um paciente (um sujeito) é muito mais do que a soma de seus exames e resultados.



Mais do que nunca os fundamentos da Gestalt se aplicam: ***a forma do indivíduo vivenciar sua condição médica, seus receios e expectativas, seus desejos e vontades são fundamentais para a evolução da proposta terapêutica.***

COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

A comunicação não é unilateral, nem se resume a um único aspecto.

Tendemos a acreditar que aquilo que **verbalizamos** é compreendido exatamente como o concebemos pelo(s) “receptor(es)” de nossa comunicação. Apesar de estarmos cientes que sempre existe ruído na comunicação, e que este ruído pode distorcer o conteúdo a ponto de transformá-lo em algo totalmente diverso daquilo que foi inicialmente pensado, acreditamos estar nos comunicando com clareza e objetividade.



Além disso, devemos considerar no processo de comunicação a existência de uma **linguagem não-verbal**, como : postura, entonação de voz, forma de olhar (ou não). Assim, teremos uma amostra de como esse processo é difícil e pode ser dificultado, ele mesmo, pelas ferramentas disponíveis.

COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

O contexto emocional do cuidado é especialmente relacionado com a comunicação não-verbal e as habilidades de comunicação relacionadas com a emoção, incluindo envio e recebimento de mensagens não-verbais e autoconsciência emocional.

Embora o comportamento não-verbal tenha recebido muito menos estudo do que outros processos de atendimento, segundo Roter (2006), *“a atual revisão evidencia que tem um significado muito importante para o relacionamento terapêutico e influencia os resultados, incluindo satisfação e adesão ao tratamento.”*



COMUNICAÇÃO - REQUISITOS BÁSICOS

Para se garantir as condições básicas de comunicação é necessário que se atente a alguns fatores fundamentais:

- **A linguagem acessível:** é importante o uso de termos técnicos corretos, porém deve-se procurar traduzi-los de forma a serem compreendidos pelo paciente. Não se pode esquecer que se trata, na maioria das vezes, de pessoas leigas.
- **O contato pessoal:** A impessoalidade protege o profissional, uma vez que muitos têm dificuldade para aceitar a própria impotência em ajudar, e mesmo sua similaridade com seu “objeto de estudo” e atuação. Existe a dificuldade em acolher a dor do outro sem se envolver, o que é dificultado por processos identificatórios que muitas vezes escapam à percepção do profissional.

De fato, nem tudo é objetivo e “concreto”.
É necessária a atenção ao outro e uma abordagem centrada no outro.



CONSULTAS DIAGNÓSTICAS

Na primeira consulta com o médico é comum que os pacientes tragam exames anteriores e hipóteses diagnósticas. Muitas vezes há um longo percurso pela busca de um diagnóstico até chegarem ao médico ou clínica de reprodução. Outras vezes as consultas servem para obter uma segunda ou terceira opinião.

Em decorrência dessa caminhada, acabam por trazer também pesquisas próprias, obtidas em sites e fóruns sobre o assunto.

Assim, as consultas podem ser contaminadas por consequências como:

- falta de confiança;
- falta de esperança;
- insegurança;
- posicionamento vigilante sobre seu diagnóstico e tratamento.



CONSULTAS DIAGNÓSTICAS

Na maioria das vezes, as queixas sobre o atendimento dizem respeito a falhas de comunicação com o profissional:

- a inabilidade em acolher e escutar o suficiente para tirar conclusões;
- a utilização de jargão excessivamente técnico e pouco compreensível ao ouvinte;
- certa frieza demonstrada pelo profissional diante da situação global de vida do paciente.



Ceron, 2011

CONSULTAS DIAGNÓSTICAS

Os profissionais da saúde não devem economizar palavras ou qualquer outra forma de comunicação com os pacientes.

É de suma importância que médico e equipe considerem, além dos exames, as histórias pessoais e condições psíquicas para o tipo de tratamento sugerido.

O silêncio do profissional é uma das mais importantes queixas em relação ao mau atendimento. Diante de um profissional calado e silencioso o paciente pode fantasiar para pior o seu diagnóstico, agravando assim seu estado emocional e, conseqüentemente, orgânico.



CONSULTAS DIAGNÓSTICAS

As dúvidas e a carência de informações são as principais causas de não aderência ao tratamento e de procedimentos incorretos por parte dos pacientes, familiares e/ou cuidadores.

A falta de diálogo com o profissional da saúde pode ser iatrogênico.

Após esclarecer todos os passos e tirar as dúvidas, pode-se indicar o melhor tratamento. Porém, é fundamental que a decisão sobre o mesmo seja uma escolha do paciente, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.



TIPOS DE ABORDAGEM

A consulta **médico-centrado** utilizando um modelo biomédico pode impedir que o paciente apresente seus problemas e preocupações.

A abordagem **centrada na pessoa** pode facilitar a divulgação dos problemas e melhorar a comunicação médico-paciente



Isto pode melhorar a conduta do tratamento, resultados, o envolvimento e a satisfação do paciente.



Nguyen et al, 2013

ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

O cuidado centrado no relacionamento reflete tanto saber e sentir, o conhecimento que médico e paciente trazem de seus respectivos domínios: **de especialização e experiência do médico e da expressão e percepção de emoções do paciente durante a consulta médica.**

Estes processos são transportados e retribuídos no cuidado por meio da comunicação verbal e não-verbal.



Roter et al, 2000

ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

O modelo de entrevista clínica centrada na pessoa acontece quando o profissional promove uma relação de cooperação com o paciente.

Nessa metodologia, os protagonistas encontram um terreno comum para abordar as preocupações do paciente, as decisões a serem tomadas e as suas ideias sobre o que ocorre e o que deve ser feito.

Levam-se em conta as suas expectativas e as suas experiências pessoais e culturais em relação à enfermidade, e também as de sua comunidade.

Lewin (2001) e Tizon (1989) apud Borrell-Carrió (2004)



ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Algumas atitudes por parte do profissional:

- permitir ao paciente a livre expressão de suas preocupações mais importantes;
- buscar que sejam verbalizadas perguntas concretas;
- favorecer e motivar que os pacientes expliquem suas crenças e expectativas sobre a sua enfermidade;
- facilitar a expressão emocional do paciente;
- proporcionar informações ao paciente e esclarecer suas dúvidas;
- envolver o paciente na construção do tratamento, buscando entrar em acordo quanto à forma como ele acontecerá.



ENSINO MÉDICO

Segundo o professor Eduardo Massad, da Faculdade de Medicina da USP, é necessário uma melhoria nas condições do ensino de medicina nas universidades, e isso incluiria a destinação dos alunos para a habilitação mais adequada às suas características e talentos pessoais.

Dessa forma, alunos com maior capacidade de empatia deveriam ser destinados ao contato humanizado com os pacientes, em habilitações como a de cuidados paliativos.

Empatia é a capacidade de sentir o que a outra pessoa está sentindo. O indivíduo capaz de empatizar é que consegue cuidar e orientar os pacientes.



A PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE

Um estudo qualitativo para compreender a abordagem centrada no paciente infértil apontou que o atendimento centrado no paciente infértil engloba 10 dimensões, divididas em fatores humanos e do sistema.

Fatores humanos (em ordem de prioridade):

- Atitude e relacionamento com a equipe
- Comunicação
- Envolvimento
- Privacidade
- Apoio emocional

Fatores relacionados ao sistema:

- Prestação de informações
- Competência do médico e equipe
- Coordenação e integração
- Continuidade e uma transição
- Acessibilidade e Conforto físico



A PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE

Estudo com 108 casais com diagnóstico de infertilidade, onde maridos e mulheres responderam a um questionário estruturado:

- **A percepção de diagnóstico foi em 38% dos casos diferentes do diagnóstico médico.**
- Os pacientes perceberam o diagnóstico de infertilidade masculina com mais frequência, e o diagnóstico de infertilidade feminina com menos frequência, do que esses diagnósticos foram feitos.
- Existem diferenças significativas na percepção do diagnóstico entre maridos e esposas. Entre os respondentes, há uma tendência para atribuir o diagnóstico de infertilidade para si.
- Ressaltam que é importante que os médicos se certifiquem de que os pacientes tenham entendido a informação recebida.

Van Balen et al (1996)



A PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE

Lee et al (2001) avaliaram o efeito de um diagnóstico de infertilidade na angústia, satisfação conjugal e sexual entre marido e mulher e sugerem que o diagnóstico de infertilidade é um fator importante na avaliação das diferenças da percepção entre maridos e esposas.

Os profissionais de saúde podem contornar as diferenças de gênero ao aconselhar casais inférteis e incentivá-los a compartilhar sentimentos um do outro, ajudando os casais a lidar com os problemas de comunicação que podem ocorrer.



PROGNÓSTICO E TRATAMENTOS

É fundamental passar segurança para quem está buscando o tratamento, porém muitas vezes o positivismo do médico e equipe, baseado em estatísticas, experiências anteriores e no histórico do (s) paciente (s), pode não refletir a situação real.

- Uma “boa-respondedora” pode não ter bons óvulos;
- A quantidade de folículos é maior que a de óvulos maduros;
- Óvulos maduros nem sempre são fertilizados;
- Os óvulos fertilizados nem sempre desenvolvem um embrião viável;
- Embrião viável nem sempre implanta no útero e desenvolve a gestação;
- O exame Beta HCG (+) não confirma a gestação segura. Existem casos de gestação ectópica, que não vai a termo. A formação do saco gestacional e da vesícula vitelínica também não são sinais de gestação, pois há a possibilidade da gestação anembrionária, também conhecida como “ovo cego”. A confirmação da gestação só se dá após a verificação do batimento cardíaco.



EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A multidisciplinaridade no atendimento de saúde facilita a atenção aos pacientes.

Profissionais das áreas de psicologia, serviço social e enfermagem, que acompanham e assistem os pacientes, podem ter uma visão diferente da percepção do paciente com relação ao diagnóstico e prognóstico.

O psicólogo, inserido em uma clínica de reprodução assistida, ajuda na interlocução da comunicação médico/paciente, apontando possíveis mal entendimentos ou falhas na comunicação → possibilita intervenção mais assertiva a cada paciente.

É essencial haver troca de informações entre os polos de atendimento.



ATENDIMENTO HUMANIZADO

Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter constantemente um sorriso nos lábios mas, além disso, **é compreender os medos, angústias e incertezas, é dar apoio e atenção permanente ao paciente.**

Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente e valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos elementos implicados na assistência.

A humanização do atendimento deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria da relação entre médico-paciente.



CONCLUSÃO

Entre o falar e o ouvir existe sempre um espaço potencialmente ocupado por crenças, ideias próprias, fantasias e desejos, alterando muitas vezes o objetivo de qualquer comunicação.

Quando se trata do encontro médico-paciente, é especialmente importante que haja sintonia, conquistada com abertura e respeito de ambas as partes, garantindo um verdadeiro encontro.





OBRIGADA !