



Relação e comunicação médico-doente na Revista Portuguesa de Clínica Geral

Jorge Brandão*

Consideramos não ser muito abundante o número de artigos que, na Revista Portuguesa de Clínica Geral, se dedicaram à abordagem da temática do presente *dossier: a relação e comunicação médico-doente*. Contam-se por uma dezena nas revistas disponíveis no sítio da APMCG (foram escrutinados 47 exemplares publicados entre 2000 e 2007), alguns dos quais particularizados ao contexto dos cuidados paliativos,^{1,2} outros a metodologia específica de acompanhamento pedagógico de internos (supervisão de incidentes críticos)^{3,4} e ainda um que, abordando questões éticas, estabelece pontes com a relação médico-paciente.⁵ Assim, como artigos *mais puros* na dedicação ao tema, sobram cinco, em que dois são, respectivamente, a recensão e um comentário ao livro *Comunicação em contexto clínico* (de José Manuel Mendes Nunes) publicado em 2007.^{6,7} Parece ser incontestável que os temas biomédicos, seja como *dossiers*, artigos de revisão, de investigação ou de opinião, têm merecido mais espaço, tanto por parte dos editores da RPCG como dos proponentes de artigos a serem publicados.

Sem querer especular quanto às razões do facto, que também não queremos apontar como necessariamente negativo, dir-se-á apenas que tem pleno cabimento a pergunta que o colega Pedro Ribeiro da Silva (PRS) coloca no início do seu artigo:

– Será a comunicação uma componente importante da prática médica?

Afirmando que a resposta da maioria dos médicos se inclinará pela positiva, já não será tão consensual que se pense não poder melhorar a relação e a comunicação médico-paciente apenas através de estudo e da aquisição de conhecimentos médicos. Ou seja, parece que não bastam o senso (presumidamente bom) de

cada um, as aptidões médicas específicas, um conjunto largo de ideias sobre os comportamentos mais aconselháveis perante certo tipo de doentes, a aprendizagem inter-pares e o mimetismo de atitudes e modos de estar dos tutores, para que as consultas corram bem e concretizem a sua razão de ser.

No seu artigo, o PRS indica os perigos e as ratoeiras em que poderão cair os médicos, ao não considerarem a necessidade de se manterem em constância de alerta relativamente ao modo como ocorrem as suas interacções com os pacientes. São apontados erros comuns, respectivas consequências e modos de os evitar. Alerta-se para a necessidade de aperfeiçoar o conhecimento sobre diversos aspectos próprios da comunicação humana, como as áreas não verbais, muitas vezes esquecidas ou não suficientemente valorizadas, tanto na perspectiva do emissor como do receptor.

Porventura, um dos motivos para o menor interesse pela investigação e elaboração de artigos sobre a relação e comunicação médico-doente, será o facto de a maioria das consultas decorrer de um modo que consideramos adequado a um tipo padronizado de actuação médica, muito reactiva aos pedidos formulados pelos doentes, maioritariamente de expressão sintomática aparentemente orgânica. Porém, quando a resposta não é suficiente, as queixas persistem e não é encontrada a razão de ser *biomédica*, os doentes começam a ser apelidados de *difíceis*, pois não cumprem a sua finalidade, que é a de responderem positivamente às terapêuticas instituídas pelos seus médicos... Surgem, então, relacionamentos difíceis e perturbadores, com médicos infelizes e doentes desapontados, em que *emoções negativas* começam a tomar o lugar de raciocínios objectivos e dedicados à procura de soluções.

Falar, do ponto de vista emocional, sobre o que facilita e o que pode dificultar o decurso de uma consulta, foi a proposta que fizemos ao colega Rizério Salgado,

*Médico de Família. Editor da Revista Portuguesa de Clínica Geral.



que aqui nos brinda com um artigo quase exaustivo sobre o tema. São passadas em revista as categorias de doentes que podem estar presentes nas consultas difíceis, as características dos médicos que para tal poderão contribuir e ainda os indesejáveis factores contextuais que criarão o cenário ideal para que as coisas corram mal. Desmistifica-se a onipotência médica que tende a atribuir ao doente o foco de emergência das dificuldades. Propõem-se ideias que alargam a perspectiva sobre o que se passa, *sobrevoando* a consulta de modo a integrar todos os implicados, circunstâncias da sua execução incluídas, para melhor e de modo mais neutro apreciar a coreografia e o pano de fundo da representação. São apontadas diversas soluções para as dificuldades, principalmente centradas no médico como o actor principal mas sem esquecer o que o rodeia e condiciona.

Tanto o primeiro como o segundo artigo deste *dossier* referem os grupos Balint como uma das metodologias de possível treino e aperfeiçoamento dos médicos relativamente à sua relação com os pacientes. Assim, entramos no terceiro artigo que teoriza e descreve o processo Balint, nomeadamente na sua realidade Portuguesa. Guimarães Lopes, Professor de Psiquiatria, e Fernanda Santos, Psicóloga, são dois veteranos da prática de grupos Balint no Norte do País, onde desde há cerca de três dezenas de anos vêm desenvolvendo actividade. Desde o *histórico* grupo do Centro de Saúde da Batalha dos anos oitenta até ao mais recente, iniciado sob a égide da coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte, a sua proximidade à problemática dos grupos com médicos de família é extensa. Através deste artigo, para além dos apontamentos históricos que nos são oferecidos, é-nos permitido entrar um pouco mais na intimidade de funcionamento do Grupo, perceber fundamentos teóricos da sua metodologia e aproximarmo-nos de algumas das características próprias e necessárias dos facilitadores. Complementarmente, através do depoimento de um assíduo participante, testemunham-se os ganhos obtidos ao longo de muitos meses de prática.

Finalmente, mantendo o seu empenhamento aos grupos Balint, termina-se o *dossier* com um artigo oriundo da pátria adoptiva de Michael Balint, com Jonh Salinsky, membro muito activo da Associação Balint Inglesa e da Federação Internacional Balint, a dar-nos

conta do seu pensamento quanto às transformações sofridas pelos Grupos, desde que foram *inventados* nos anos cinquenta até aos nossos dias. Ficam patentes as mudanças, quer de objectivos, quer de metodologia de funcionamento, deixando-nos o John com interrogações sobre o futuro e a adaptabilidade do método às necessidades dos jovens médicos e das novas formas de praticar a medicina geral e familiar.

Terminando esta breve introdução à leitura do *dossier*, gostaríamos de explicitar que a sua organização e escolha de temas correspondeu a algum subjectivismo e interesses próprios de quem o promoveu. Foram encontrados os cúmplices necessários, com pena pela não participação de alguns outros que se desejou ver incluídos. Assim, como é evidente, tratando-se de assunto tão vasto e onde germinam ou estão em prática múltiplos modos de pensar e de actuar, muito mais haverá que dizer. Por exemplo, poderia ter-se avançado mais quanto a formas de treino e aprendizagem que têm vindo a desenvolver-se ao longo dos últimos anos.

Fica o desafio para que, ainda durante o período do actual Corpo Editorial da RPCG, um novo *dossier* venha a complementar o que agora se publica, com esperança na sua utilidade.

Boa leitura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leal F. Transmissão de más notícias. Rev Port Clin Geral 2003 Jan-Fev; 19 (1): 40-3.
2. Antunes MI, Moeda A. ao encontro da morte: o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. Rev Port Clin Geral 2005 Jul-Ago; 21 (4): 353-7.
3. Cunha E. Portfolio de incidentes críticos: os relatos de consulta como instrumentos de aprendizagem. Rev Port Clin Geral 2003 Mai-Jun; 19 (3): 300-3.
4. Ribeiro C. A supervisão dos incidentes críticos à luz do modelo reflexivo. Rev Port Clin Geral 2003; 19 (6): 650-2.
5. Hespanhol AP. Problemas éticos em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral 2003 Jul-Ago; 19 (4): 389-95.
6. Santos I. Recensão do livro: Comunicação em contexto clínico. Rev Port Clin Geral 2007 Mar-Abr; 23 (2): 147-50
7. Teixeira JA. Comunicação em contexto clínico. Rev Port Clin Geral 2007 Mar-Abr; 23 (2): 151-4.