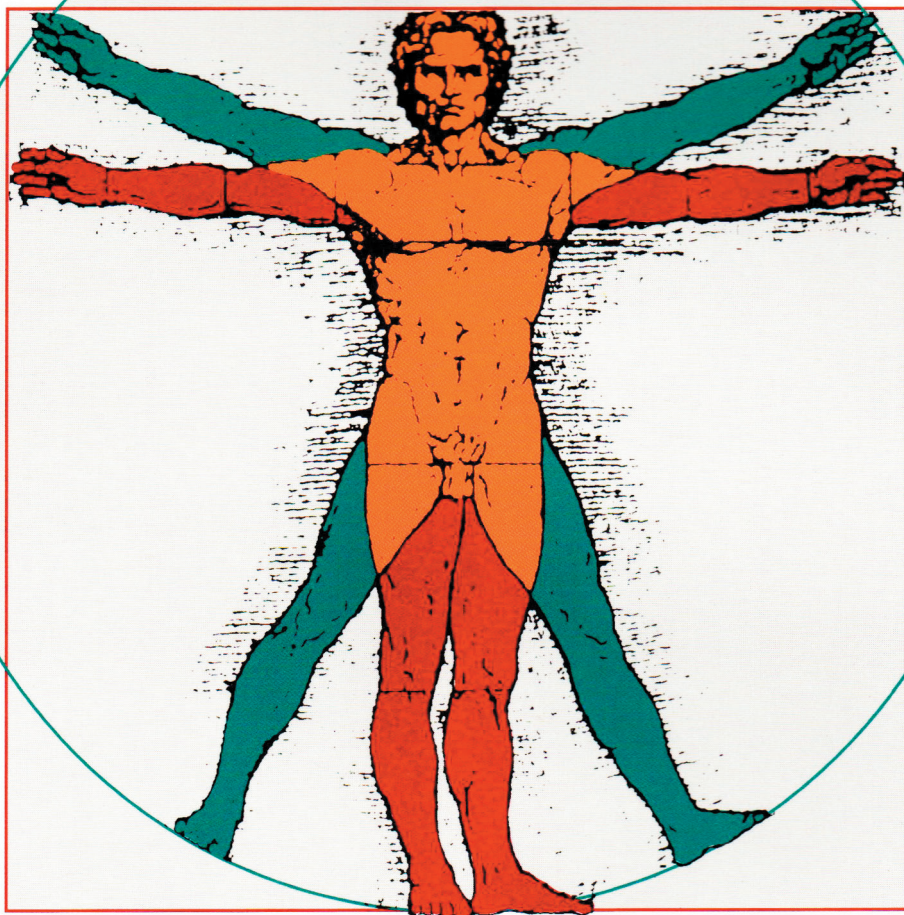


OMISSÃO E PARTILHA NO ACTO MÉDICO

IDALMIRO ROCHA CARRAÇA



Grande Prémio **Bial**
de Medicina 1992

MENÇÃO HONROSA

IDALMIRO ROCHA CARRAÇA

OMISSÃO E PARTILHA NO ACTO MÉDICO

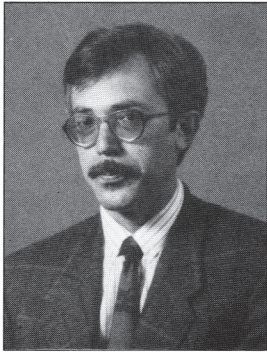
Porto – 1994

O livro "Omissão e Partilha no Acto Médico" foi publicado em 1ª edição pelos Laboratórios Bial com uma tiragem de 7 500 exemplares.

Execução Gráfica: ASA GRÁFICA
Depósito Legal Nº 64 768/93
Ilustração da capa: Fernando Penides

© COPYRIGHT 1994. Idalmiro Rocha Carraça. Este trabalho está sujeito a Copyright. Todos os direitos estão reservados tanto no que diz respeito à totalidade como a qualquer das suas partes, especificamente os de tradução, reimpressão, transmissão por qualquer forma, reprodução por fotocopiadoras ou sistemas semelhantes e arquivo em sistemas de informática.

BIOGRAFIA DO AUTOR



BIOGRAFIA DO AUTOR

Idalmiro Rocha Carraça nasceu em Santiago Maior – Alandroal – Évora, em 7 de Novembro de 1952.

Iniciou os seus estudos em Medicina na Universidade de Luanda, e concluiu a licenciatura na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em 1978, com a média final de 16 valores.

Especializou-se em Psiquiatria pela Ordem dos Médicos, em 1987, por unanimidade e distinção.

É Clínico Geral no Centro de Saúde da Alameda, Lisboa, desde Janeiro de 1986.

Exerce funções de Coordenador Pedagógico da Formação em Psiquiatria e Saúde Mental no Instituto de Clínica Geral da Zona Sul desde 1989 e é Prelector permanente da Cadeira de Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública de 1985 a 1991.

Tem desenvolvido actividades nas áreas de Investigação de Serviços, Psicogeriatría e Cuidados Primários, com publicação de diversos trabalhos científicos e comunicações alusivas.

É membro da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e da Sociedade Portuguesa de Epidemiologia Psiquiátrica.

Foi o 2º classificado no Prémio Bial de Medicina Clínica, de 1990, com a obra “Evolução das Doenças Crónicas com elevado consumo de consultas/ano – Tipo de atendimento e relação médico-doente”.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a todos os colegas da região do Algarve e do Centro de Saúde da Alameda, em Lisboa, que se disponibilizaram a responder ao inquérito, viabilizando a presente investigação.

Em seguida e particularmente a minha irmã Emília Carraça pelo esforço e persistência postos na decifração do manuscrito e pela dedicação e bom gosto revelados na apresentação geral da obra, texto e gráficos, e a meu irmão João Carraça pelo excelente apoio no domínio da informática.

A minha esposa, Manuela, pela revisão do texto e críticas pertinentes.

Finalmente ao Dr. Pedro Aguiar pela amizade, competência e empenho na orientação e execução do tratamento estatístico dos dados do inquérito.

A meus filhos Luís e Eliana

ÍNDICE

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. OBJECTIVOS OMISSOS NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE ...	18
1.2. SUBSÍDIOS TEÓRICOS	19
1.3. ATITUDE E CONTRA-ATITUDE	21
1.4. ESTRATÉGIAS RELACIONAIS	23
1.5. CENÁRIOS E REPRESENTAÇÕES	26
1.5.1. Representações Sociais	27
1.5.2. Medicina e família	32
1.5.3. Mudam-se os tempos... ..	35
1.6. SIGNIFICADO DA PARTILHA	36
1.6.1. Pressupostos e consequências	38
1.7. A OMISSÃO.....	39
1.8. UM CASO PARADIGMÁTICO	41
2. METODOLOGIA	45
2.1. DEFINIÇÃO DO ESTUDO E OBJECTIVOS	47
2.2. ENQUADRAMENTO GERAL	47
2.3. CARACTERIZAÇÃO DA FONTE	48
2.3.1. Problemática e contexto. Breve referência à situação portuguesa	48
2.3.2. População inquirida	50
2.4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO. MODELO DE ANÁLISE	51
2.4.1. Conceitos operatórios	51
2.4.2. Ponto de vista das representações sociais	51
2.4.3. Ponto de vista da análise estratégica das organizações	52
2.4.4. Descrição do instrumento	54
2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	55
2.5.1. Análise univariada	55
2.5.2. Análise bivariada	55
2.5.3. Análise multivariada	56
2.6. HIPÓTESES DE TRABALHO	56
2.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	57

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
3.1. INQUÉRITOS APURADOS	59
3.2. CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA GLOBAL	59
3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS	61
3.4. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INQUÉRITO	64
3.4.1. Atitude face à partilha	64
3.4.2. Práticas autodescritas	66
3.4.2.1. Abertura relacional	66
3.4.2.2. Partilha de informação	66
3.5. MODALIDADES DE PARTILHA SEGUNDO O DIAGNÓSTICO	67
3.5.1. O diagnóstico e a partilha	67
3.5.2. Comunicação do diagnóstico (<i>timing</i>)	69
3.5.3. Forma de partilha	71
3.5.4. Motivos de omissão	73
3.5.5. Objectivos da partilha	76
3.5.6. Representação da doença e atitude de partilha	79
3.5.7. Estratégias relacionais	81
3.5.8. Tendências à partilha	82
3.5.8.1. Selecção das questões definidoras do índice tendência à partilha	82
3.5.8.2. Fundamentação analítica	83
3.5.8.2.1. Correlação das respostas às questões, uma a uma, com o <i>score</i> global da 1ª parte do questionário	83
3.5.8.2.2. Correlação das questões, duas a duas	83
3.5.8.2.3. Correlação das quatro questões seleccionadas com o <i>score</i> total do bloco de questões (1ª parte do questionário)	84
3.5.8.3. Normalidade dos <i>scores</i> obtidos pela aplicação do índice (tendência à partilha)	85
3.5.8.4. Construção do índice (tendência à partilha) ...	85
3.5.8.5. Validação empírica do índice determinado	86

3.6. FACTORES ASSOCIADOS À TENDÊNCIA À PARTILHA	87
3.6.1. Diagnóstico	87
3.6.2. Outros factores associados	88
3.7. ATITUDE DE PARTILHA E SEUS OBJECTIVOS	89
4. CONCLUSÕES	93
4.1. CONCLUSÕES DA PESQUISA	95
4.1.1. Valorização da atitude de partilha na população de inquiridos	95
4.1.2. Factores associados à atitude de partilha	96
4.1.3. Modalidades de partilha, objectivos e representações	97
4.2. CONCLUSÕES GERAIS	98
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS	107

SIGLAS UTILIZADAS

CEE	Comunidade Económica Europeia
CG	Clínica Geral/Medicina Familiar. Clínico Geral
CS	Centro(s) de Saúde
Ex-SMS	Médicos provenientes dos Serviços Médico-Sociais
FEE	Formação Específica em Exercício
H	Hipóteses de Trabalho

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A partilha da informação no decurso do acto médico tem sido habitualmente secundarizada pelos teóricos da relação médico-doente. A sociologia médica mostra-nos que sempre que predomina o discurso médico a tendência é enfatizar a importância da relação médico-doente enquanto encontro com virtualidades terapêuticas. Tende a negar a assimetria, a desigualdade, a posição privilegiada do médico face ao paciente indefeso.

Do ponto de vista ético e científico parece ser pacífico, hoje, aceitar que a relação médico-doente tende a horizontalizar-se.

Em estudo recente Ana Infante apurou que os dois factores mais associados com a (menor) satisfação dos utentes inquiridos no pós-alta de um hospital geral eram justamente as condições de conforto e a informação cedida no decurso do internamento (Infante, 1990).

Em consequência das grandes transformações sociais do último século, do grande desenvolvimento das especialidades médicas e da expansão da cobertura assistencial, registou-se um declínio da unicidade do acto médico, transformando a natureza da relação médico-doente. o aumento da procura, a maior aproximação médico-doente e a maior consciencialização do utente quanto à qualidade do serviço prestado, acarretou maior exigência. A expectativa posta na relação médico-doente é substituída pela expectativa posta na qualidade de um serviço (Infante, 1990).

Hespanha (1987) acentua esta mudança, considerando a problemática das representações sociais da saúde e da doença, sua evolução actual, concluindo que a relação médico-doente tende a horizontalizar-se dado, por um lado, a maior proximidade dos quadros de referência e, por outro lado, a maior consciencialização do direito à saúde.

A resistência dos médicos face a estas modificações na estrutura do acto médico e seu significado é, todavia, compreensível. De um ponto de vista histórico as raízes da medicina mergulham no obscurantismo, na capacidade de gerir uma área de mistério e misticismo, que, engrandecendo a figura do médico, aproximando-se dos deuses, capazes de actos com aura mágica, lidando com a vida e com a morte, se traduz pela criação de um clima que favorece tanto a confiança e aderência do paciente quanto facilita o papel do médico.

Este clima de mistério, do dito e sobretudo do não-dito, onde se projectam todas as fantasias do paciente, é propício ao desenvolvimento de uma crença, uma fé, em poderes que o médico não possui.

Todo o cenário dos gabinetes de consulta, dos instrumentos à vista, desde o simples estetoscópio, martelo de reflexos, até às mais complexas aparelhagens técnicas, a que se associam as rotinas comportamentais do próprio médico (Bastos e Levy, 1987), sendo exemplos conhecidos o esoterismo da linguagem diagnóstica, ou, a caligrafia ilegível da maioria, no seu conjunto, conduzem o paciente a um mundo irreal onde a sugestão de que tudo é possível se acentua na razão inversa da distância médico paciente.

É com base nesta assimetria e distância que se pode explicar a tendência das populações menos esclarecidas em considerar que, neste cenário – médico de um lado, pobre mortal do outro –, o acto médico é, mais que uma obrigação, uma providência, um acto de generosidade, de boa vontade.

1.1. OBJECTIVOS OMISSOS NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Consciente ou inconscientemente todos os médicos utilizam estratégias de poder na relação com os seus pacientes. Trata-se, no fundo, de gerir um processo em que os actores se reclamam mutuamente das condições para um desempenho eficaz dos papéis; ao médico, detentor do saber-poder, cabe a definição e condução desse processo (de relação de ajuda). Cabe-lhe inclusive “desdizer” o paciente, convencê-lo contra as suas convicções próprias, e, quantas vezes, sujeitá-lo a críticas violentas, tudo feito em nome do próprio doente. Por isso, a este não lhe cabe outro papel que não o da aceitação ou recusa deste processo. Radical, sem meios termos. Todavia, para um olhar terceiro, o processo em causa é distinto do que origina a consulta. Torna-se claro que uma coisa é o processo que o paciente vem vivenciando, com as suas múltiplas facetas e significados, outra, bem diferente, é o processo que se cria na consulta, na relação médico-doente.

O cenário de que vimos falando realiza um poderoso efeito impressionante sobre o paciente. A nosso ver as consequências deste outro processo, levadas ao limite, são basicamente:*

* Ler a este respeito a obra de Watzlawick et al “Pragmática da Comunicação Humana” (1967).

1 – a definição e o significado de uma situação, seja ela qual for, não depende mais do paciente, suas fantasias e angústias, – é pertença do médico;

2 – estabelece-se uma relação completamente assimétrica, em que a autonomia que resta ao paciente, se perde progressivamente sendo substituída por uma dependência cujos limites é ainda o médico que define;

3 – o doente, dependente, ansioso, inseguro, fica à mercê da “boa” vontade do médico, predisposto a aceitar a sua definição, já não da relação mas de toda a situação, a cura inclusive.

1.2. SUBSÍDIOS TEÓRICOS

Seria interessante inventariar modelos distintos na actuação dos médicos e seus efeitos nos pacientes, em termos de aderência, satisfação e confiança. A atitude do médico é determinada por inúmeros factores. Alguns relacionados com a sua personalidade, a percepção da relação médico-doente com base na sua experiência pessoal enquanto paciente e enquanto médico. Outros estão ligados aos modelos de aprendizagem, nomeadamente das especialidades profissionais. Um cirurgião terá certamente um posicionamento face ao paciente com peculiaridades diferentes do de um clínico geral ou de um psiquiatra. E mesmo dentro de uma especialidade, como é o deste último caso, o predomínio de uma ou outra corrente, determina atitudes e posturas diferentes na relação médico-doente.

As correntes de inspiração analítica, baseadas numa leitura psicológica de acções, desejos e pulsões, conferindo-lhe uma unidade de sentido, tendem a interpretar a relação médico-doente como um recurso terapêutico por si só. A psicanálise, em muitos aspectos, pretende assumir-se como uma psicoterapia antimedamentos. É o médico que se utiliza a si próprio, possuindo no dizer de Cortesão (1986), “indicações, contra-indicações, posologia e efeitos secundários como um verdadeiro medicamento”.

Neste sentido não constitui surpresa que tenham sido os autores de inspiração analítica a debruçarem-se sobre este tema e lhes pertençam as mais amplas referências teóricas sobre a relação médico-doente. A necessidade de gerir um processo de relação num *setting* terapêutico, levou à introdução de conceitos como Aliança Terapêutica, Transferência, Contra-Transferência, Resistência, etc.

Como em qualquer modelo teórico a análise focaliza-se em segmentos da realidade que apoiem a coerência do constructo teórico, salientando evidências intuitivas, por vezes sem demonstrações empíricas reproduzíveis. Assim, as correntes analíticas, no domínio das intervenções individuais, ou extensivamente, no domínio das psicoterapias grupais (grupanálise), acentuam as virtualidades positivas da relação médico-doente, consubstanciadas no termo Relação Terapêutica, e os possíveis efeitos perversos são englobados enquanto acidentes de percurso com significado simbólico no próprio contexto dessa relação, a interpretar. Mais, o conceito de *transfer* (*e contra transfer*) estipula que o *core* da terapia assenta justamente na ocorrência e manejo desses “acidentes” – no dizer de Sandler (1971) “toda uma série de experiências psicológicas são revividas não como pertencentes ao passado mas dirigidas à pessoa do médico no presente”. O mesmo autor perspectiva a evolução histórica do conceito, desde uma posição de relativa prudência teórica, citando Freud “a transferência não seria sempre um obstáculo à análise podendo jogar um papel decisivo trazendo convicção não apenas ao paciente mas também ao médico”, até uma posição extrema em que tudo seria transferência na conceptualização de Mélanie Klein – “Todas as comunicações e comportamentos do paciente em tratamento tendem a ser vistas e interpretadas como transferência de atitudes e desejos postuladamente infantis” Sandler (1971).

Num campo mais prosaico o conceito de Aliança Terapêutica ou Contrato Terapêutico traduz a ideia mais pacífica de que a evolução da relação médico-doente assenta numa primeira estratégia de garantir uma sintonização de objetivos, linguagens e pressupostos.

Meninger (1958) definia contrato terapêutico como “a relação razoável, racional, não neurótica, que o paciente tem com o seu terapeuta e que lhe permite um “trabalho de elaboração” na situação analítica, (Sandler 1971). Em sentido lato este conceito torna-se mais ou menos sinónimo de aderência, cooperação, como ainda refere o mesmo autor que vimos citando (Sandler, 1971).

Em termos práticos a leitura que podemos fazer destes dois conceitos – transferência e aliança terapêutica – é a de que, é suposto que se venham a desenvolver determinados fenómenos no seio da relação médico-doente, como aliás em qualquer relação entre duas pessoas e, por outro lado, que é necessário assegurar uma base relacional prévia, adequada.

1.3. ATITUDE E CONTRA-ATTITUDE

Também aqui a teoria analítica trouxe importante contributo, nomeadamente através do conceito de “contra-atitude” expressão próxima de “contra-transferência”. Na sua forma mais simples, como gostava de exemplificar Cortesão, quando alguém diz, em linguagem popular, “vai chamar pai a outro” está a reagir não propriamente a uma simples verbalização mas ao conteúdo simbólico que configura um papel, um certo tipo de relação.

De facto a relação médico-doente é uma construção a dois. O médico, sendo parte envolvida tem igualmente responsabilidades nas vicissitudes da relação médico-doente, evocando contra-attitudes que podem conduzir à iatrogenização de alguns quadros clínicos.

As atitudes do doente, reais ou intuídas, tocam áreas sensíveis do próprio médico. Em termos superficiais diríamos que não só o paciente transfere e projecta fantasias no médico, como este pode transferir e projectar no paciente vivências e sentimentos perturbantes. Como refere Pacheco (1989) “o núcleo do difícil problema da relação médico-doente reside aqui: em que medida pode o médico dar resposta às necessidades próprias e inflectir a relação dando-lhe uma forma que se adequa, sem no entanto, fragilizar a sua dimensão terapêutica?”.

Assim, a consciencialização das dificuldades pessoais, que podem emergir na relação médico-doente, na resposta às diferentes configurações que esta vai assumindo, é essencial para um manejo adequado da contra-atitude por parte do médico.

A generalização destes conceitos em medicina é hoje vulgar, decantados da sua carga teórica demasiado específica e complexa. São frequentemente utilizados como forma de catalogar alguns dos fenómenos da relação médico-doente e dos próprios pacientes. Sivadon (1973) ilustra este facto quando refere “o transfer é positivo quando as

atitudes e sentimentos transferidos para o prestador de cuidados sejam de dependência com confiança, e negativo quando surge uma posição (independência) e desconfiança”.

Este exemplo permite-nos também retomar a linha que vínhamos desenvolvendo. Na óptica do médico e ao longo do tempo, sempre se considerou que a posição de dependência por parte do paciente facilita o trabalho do médico.

Esta dependência tende a ser promovida, incentivada, pelo médico e pelos serviços de medicina, como ficou exemplarmente documentado nos trabalhos de Goffman (1965) sobre as instituições totais, de que os asilos psiquiátricos são apenas a caricatura, não a excepção. Em qualquer hospital geral as rotinas do internamento para uma simples intervenção cirúrgica, por exemplo, até ao passado recente, e ainda hoje, acentuam ou determinam a “regressão” do paciente. Este é despojado dos seus objectos pessoais. Este processo de desidentificação continua-se pela uniformização: a roupa comum da instituição, a cama, ou melhor o número da cama. O ataque à identidade culmina na adaptação forçada às regras da instituição.

Insegurança, regressão, dependência eis os fenómenos que, inconscientemente alimentados, vêm a determinar em muitos casos, a “confiança” no médico e nos serviços, a sua “aderência”, “colaboração”...

O facto de que tudo isto acontece para benefício do doente e facilitar a actuação do médico, não muda a estrutura desta relação.

Se aceitarmos que se processam algumas modificações nas tendências de ver e representar a relação médico-doente, o nosso interesse é procurar identificá-las.

Temos vindo a referir que, tradicionalmente, a relação médico-doente é vista como importante pelo médico enquanto facilitadora do seu próprio papel, mais do que por outras razões. Duma forma difusa e pouco consciente desenvolve-se uma estratégia que promova a confiança no médico – e isto por parte dos dois actores da cena relacional.

Em que base fica, afinal, alicerçada esta confiança?

“No sentimento de que o médico o compreende e aceita tal como ele é?! (Pacheco, 1989).

No reconhecimento da capacidade do médico para combater a causa e lhe restituir o equilíbrio, a saúde?!

Na necessidade premente de ajuda para o alívio do sofrimento?!

Na aceitação implícita da boa vontade do médico?!

Todos estes elementos constarão dessa base, mas nem todos por igual!

O facto novo parece ser a tendência a negar que a confiança se deva basear na dependência face ao médico. A uma colaboração passiva tende a privilegiar-se uma colaboração activa. Neste sentido dois aspectos parecem sobrelevar os restantes:

1º – A partilha da informação que possibilite as opções (“com um mínimo de conhecimento”) e o envolvimento do paciente em todo o processo;

2º – A relação médico-doente menos assimétrica, mais baseada na aceitação das responsabilidades e papéis de cada um, médico e paciente.

1.4. ESTRATÉGIAS RELACIONAIS

Pela sua natureza o acto médico compreende um conjunto de sequências e atitudes visando, em última instância, um diagnóstico e um tratamento. Em geral, cabe ao doente tomar a iniciativa de procurar cuidados médicos. Uma vez chegado ao médico inicia-se um processo de base relacional. De facto, o acto médico começa por ser, antes de mais, uma relação. E a menos que o doente esteja privado de consciência ou totalmente incapaz de comunicar é ele que habitualmente focaliza a atenção do médico nos vários sintomas que caracterizam o seu mal-estar, o seu problema.

Esta primeira fase, que do ponto de vista do doente constitui a possibilidade de formulação, de definição, de um problema, é extremamente importante pois, em parte, modula o devir da relação. A capacidade de escuta, a disponibilidade relacional do médico, o seu à-vontade, o seu interesse e cuidado são rapidamente aferidos pelo doente. O comportamento não verbal nos primeiros minutos do acolhimento ultrapassa em impacto o efeito das palavras iniciais. Na verdade claramente indiciam a margem de disponibilidade real que o médico possui, no momento, para atender o doente. Os primeiros gestos, as primeiras palavras, o tom de voz, o contacto visual constituem sinalética que consciente ou inconscientemente o médico emite e o

doente facilmente capta e integra no seu comportamento (Pendleton, 1990; Billings & Stoeckle, 1989; Cohen-Cole, 1991).

Este conjunto de sinais constitui um primeiro constrangimento para o doente. À partida são definidas subliminarmente as regras do jogo da cena relacional.

O doente pode sentir que deve estar tranquilo e calmamente expor os seus problemas. O médico está ali para se aperceber do seu mal e porá todo o seu interesse e conhecimento no seu caso pessoal.

Mas poderá, inversamente, decodificar uma sinalética que traduz diferentes atitudes de fecho. Deve apressar-se, ir rapidamente aos problemas, facilitar o interrogatório, limitando-se a dizer o essencial e a responder às questões com clareza.

Mas pode, também, sentir que a vivência subjectiva do seu mal-estar é inútil para aquele médico, consequentemente todos os sintomas associados só farão sentido se concretamente ligados a uma disfunção orgânica. Tenderá naturalmente a omitir as disfunções/consequências a nível de outros sistemas nomeadamente, a nível do seu funcionamento familiar, sexual, profissional ou outro.

Porém, do ponto de vista de que esta relação é também uma relação de poder, o doente poderá ser induzido a sentir que toda a definição do que se passa, passou ou venha a passar, pertence exclusivamente ao médico, todas as suas indicações terão força prescritiva muito pouco ou nada lhe restando excepto circunscrever-se ao quadro de referências obrigatórias provenientes desse médico.

O papel do doente é, como consensualmente se reconhece neste caso, diminuto, configurando uma atitude de obediência passiva. Este modelo tende a ser mais ou menos ostensivo, mais ou menos autoritário. O indivíduo procura adequar-se aos pressupostos de superioridade/inferioridade na relação, de responsabilidade (do médico) e dependência (do doente). Sendo um modelo aparentemente muito cómodo para os doentes com personalidades mais dependentes, não está isento de complicações passivo-agressivas. Na verdade o sentimento de protecção que esta relação evoca neste tipo de doentes, não compensa totalmente sem a sujeição requerida e, na primeira oportunidade do devir relacional vão surgir retaliações encapotadas na forma de atitudes e evoluções caprichosas que frustam as melhores expectativas do médico, o seu narcisismo e onnipotência.

Em função do contexto em que ocorre o encontro, da natureza do pedido, expresso ou latente, e da atitude inicial do médico, os passos seguintes deste processo ficam de alguma forma marcados. A quantidade e qualidade da informação cedida pelo doente sobre o problema em questão e possivelmente os níveis de colaboração, aceitação e confiança no médico. Mesmo nos casos em que a modalidade de intervenção seja extremamente directiva, esta fase inicial comporta um valor instrumental precioso. Trata-se de garantir através de expedientes relacionais como por exemplo o sorriso, o aperto de mão, enfim a cortesia, o respeito, a disponibilidade, um impacto positivo no doente por forma a obter deste um mínimo de colaboração e aceitação das fases subsequentes (interrogatório, observação, etc).

A gestão da distância constitui em alguns médicos estratégia relacional indiciadora de uma economia de meios e sobretudo de palavras em favor de uma directividade e de uma aparência de rigor cujo impacto, ainda que discutível, é inegável.

A relação médico-doente é por natureza assimétrica, desequilibrada em favor do médico. Esta é a lei das coisas e o doente facilmente se adapta ao poder-saber do médico. Ora aquilo a que o doente muitas vezes reage não é, seguramente, a esta configuração relacional e a estes pressupostos, mas sim como facilmente se compreende, à falta de tacto e de senso da relação humana do médico, quando este sacrifica ou ignora brutalmente os requisitos psicológicos mútuos num primeiro contacto relacional. Os doentes nestas situações sistematicamente se sentem agredidos na sua identidade, integridade e amor próprio. Frequentemente explicitam a sua revolta recorrendo a apreciações do género: “bruto”, “não respeita os doentes” e outras ainda mais desagradáveis.

Toda a relação humana tem um sentido, uma ética e uma estética. Posto que o médico possa exorbitar do seu papel, o paciente é muito sensível a estes aspectos e facilmente se apercebe de pequenas discrepâncias muitas vezes pretensamente justificadas pela escassez de tempo e sobrecarga de trabalho do médico.

Na verdade, nos mínimos pormenores qualquer pessoa revela ao outro o tipo de investimentos e apreço que lhe concede. E ainda que as situações variem dentro de certos limites, consoante o contexto em que ocorrem, as diferentes atitudes que alguém se permite (ou pro-

move), na relação com outrem, definem, de forma sensível, diferentes posições nessa relação. Mas estes limites não estão definidos à partida! E, acima de tudo, não é ao médico que cabe o exclusivo dessa definição. A relação é uma construção a dois! Assim, o médico habituado a interromper ou a permitir que interrompam as consultas com os seus pacientes, pode um dia ser confrontado com um paciente menos tolerante face a essas interrupções “banais”.

É um dado humano a constatação de que o médico, como qualquer outra pessoa, é sensível ao estatuto do paciente, social ou outro, à sua personalidade.

A atitude do médico que interrompe momentaneamente a consulta para dar um dedo de conversa á enfermeira, que por um ou por outro motivo teve necessidade de entrar no gabinete, não é neutra, nem gratuita. Ou para colocarmos a questão de uma forma menos radical – não ocorre igualmente com todos os pacientes.

O contexto humano da relação existe! E não é necessariamente negativo. A relação é também uma encenação, uma representação, onde se projectam e revelam dois mundos singulares, duas pessoas e diferentes interesses.

Se atendermos a estes factores percebemos como, mesmo utilizando os métodos mais ostensivamente directivos, quase todos os médicos se socorrem de uma estratégia relacional facilitadora do processo da consulta. Focalizando-se na criação de condições propícias à expressão das queixas e à colaboração no interrogatório e observação podem eventualmente subvalorizar o impacto da postura relacional na concretização prática da intervenção proposta, isto é, na aderência à terapêutica. Como lhes pode também passar ao lado os benefícios de uma atitude de partilha na gestão do processo terapêutico, no que concerne a mobilização dos recursos e participação activa do próprio indivíduo. Mas enfim, todo o médico tem o seu estilo próprio na relação com os doentes e, por ventura, nenhum é necessariamente mau (Norell, 1989).

1.5. CENÁRIOS E REPRESENTAÇÕES

As tradições culturais constituem determinantes poderosos das práticas médicas, dos comportamentos adoptados, por suporem diferentes representações da saúde, da doença e do médico.

Os estudos transculturais realçam essas diferenças mas permitem algumas generalizações: “Geralmente é o indivíduo que se define como doente e toma a iniciativa de procurar ajuda profissional. Esta definição subjectiva reenvia às disposições previstas na cultura... e também aos especialistas da cura, aos modos e ritos terapêuticos e ao sistema de cuidados” (Tremblay, 1982).

As reinterpretações populares do discurso médico inserem-se em quadros de referência pessoais ainda que socialmente partilhados, mas sempre congruentes com o dos médicos (Laplantine, 1989). Surgem assim alguns bloqueios e equívocos na relação médico-doente. De facto a definição que o médico se outorga entra por vezes em conflito com a dos pacientes.

A importância das representações sociais, como acentuam estes autores, reside exactamente na necessidade de aceder a estas diferentes definições subjectivas de saúde/doença com óbvias implicações nos papéis a desempenhar na relação médico-doente.

É em grande parte devido às capacidades de partilhar as categorias do doente e sobretudo a unidade em que sentem o mal-estar que certos médicos são mais eficazes do que outros, como escrevem Bastos e Levy (1987).

A partilha que certos médicos se permitem na relação com o paciente depende pois, a nosso ver, das representações sociais que vigoram numa dada comunidade ou grupo. Tentaremos fundamentar este ponto de vista nas linhas que seguem.

1.5.1. Representações sociais

Quando nos envolvemos na consulta do paciente que a nós acorre, estamos, nós e esse paciente, a actualizar uma convenção social. Basicamente os pressupostos deste acto são – as pessoas afligidas por mal-estar podem estar/estão doentes e devem procurar ajuda.

O médico é o técnico indicado, entre outros, para esse tipo de ajuda.

Há porém um outro conjunto de pressupostos que, por tão naturais – isto é, tão socialmente firmados – não se discutem, mas cuja influência é determinante desta relação de ajuda.

Do lado do paciente, é suposto que deve confiar no médico, na sua boa vontade e capacidade, deve aceitar o diagnóstico e a prescrição.

Deve assumir um comportamento de obediência, de aderência, e ainda é suposto que socialmente se comporte de acordo com o seu mal.

Do lado do médico é suposto que pode e deve inquirir o utente, invadir a sua privacidade, o seu corpo, em nome e a favor do doente, estabelecer um diagnóstico, um tratamento e um prognóstico. Também lhe compete o papel de juiz social ao validar uma incapacitação permanente ou transitória. Ou seja, é no quadro destas representações de papéis, socialmente determinados, mutuamente reconhecidos e reinterpretados á luz das referências pessoais, que se organizam e decorrem os comportamentos de ambos – médico e paciente.

É reconhecido como a afluência às consultas pode variar sazonalmente. Nas regiões agrícolas, por altura das colheitas em que toda a mão-de-obra é necessária, é comum que o pedido expresso ou latente do paciente seja o de medidas e medicamentos “fortes” que rapidamente restaurem a capacidade para o trabalho, independentemente da patologia (Hespanha, 1987). Este pedido acompanha-se frequentemente da tendência a minorar e a desvalorizar as queixas e a sua gravidade, e provavelmente a própria percepção dos sintomas (...).

Noutros casos, como é frequente entre as empregadas domésticas e outros trabalhadores manuais com tarefas relativamente pesadas, o paciente procura acentuar as queixas de forma a justificar uma “baixa” – possivelmente também a sua percepção dos sintomas é maior...

Num caso e noutro, a representação que o doente tem do papel do médico determina o comportamento face à doença.

Só o conhecimento destas representações ligadas à legitimação social dos papéis, pode permitir clarificar, ler, estes comportamentos.

Porém, estes aspectos de legitimação, são apenas uma faceta da questão que nos propomos desenvolver. As representações sociais da saúde e doença são, desde logo e por definição, socialmente construídas e partilhadas e vêm a repercutir-se nos comportamentos individuais.

A informação que circula numa dada comunidade ou grupo, é integrada, consoante o *background* dos indivíduos, em teorias particulares mais ou menos partilhadas, harmonizando as percepções da saúde e doença, afinando um código de compreensão e de comunicação.

As representações sociais pertencem a esta categoria do intermediário, entre o indivíduo e o grupo, entre o pensamento e a conduta, entre o psíquico e o social.

É na interação com os outros que elas se criam e recriam, integrando e reformulando novos conhecimentos, ideias e percepções, organizando quadros de referência (Moscovici, 1976), teorias pessoais de leitura e compreensão dos fenômenos sociais – neste caso a saúde e a doença.

Categoria do intermediário também entre as crenças, os mitos e os valores que vigoram numa sociedade e os comportamentos adotados, segundo as suas regras e prioridades.

Assim e na nossa cultura, o mal-estar vivenciado como doença leva à procura de cuidados médicos. Geralmente o médico não constitui o primeiro recurso. As práticas “médicas” populares, as mezinhas, as massagens, a dieta, o repouso, a modificação de hábitos pessoais – moderação/ /restrição transitória do consumo de álcool, tabaco, café – são utilizadas em primeira linha.

A seguir vem o médico, e se o pretendido alívio não acontece seguir-se-á o recurso a um “grande especialista indicado” e em seguida a outras “medicinas” mais ou menos toleradas oficialmente.

Em muitos casos, pode surgir, no fim desta sequência o recurso a práticas clandestinas, cujos processos de diagnóstico e terapêutica se baseiam em outras leituras do real, consideradas esotéricas e não recomendáveis/proibidas, pelo discurso oficial.

As oferendas à estátua do Dr. Sousa Martins em Lisboa, atestam que as representações sociais da doença e da cura, se alimentam de um conjunto vasto e complexo de elementos onde o mágico e o religioso desempenham papel importante. Isto é, a divulgação do diagnóstico e a representação que a ciência se dá, da doença e da cura, tende a ser integrado num esquema prévio repleto de arquétipos do passado mágico-animista. E quando o doente integra este discurso oficial e a ele adere, convém não perder de vista que essa integração correspondente à parte visível do icebergue.

Os sistemas terapêuticos coexistem e englobam diversos agentes. Em França Laplantine (1989) estima que existam 49.000 médicos, 50.000 curandeiros, 38.000 padres, 4.500 psicanalistas.

No Brasil o fenômeno da macumba (umbanda) tem-se generalizado a todas as classes sociais independentemente da raça ou credo. As leituras – representações – da doença e da cura são aí “elaboradas”

numa mescla de raízes africanas, europeias e outras, sendo para Laplantine, a par da telenovela, um ritual fundamental para o equilíbrio social e para a universalização das representações sociais de um povo com as maiores assimetrias e desigualdades do globo. Curiosamente esta miscenização cultural, onde confluem elementos da religião e da ciência, tem funcionado como um mecanismo de abertura, de nexos e visão do mundo, de igualitarização e não da diferenciação grupal, como eventualmente se poderia esperar. Eventualmente os limites de sobrevivência obrigam à abertura e não ao fecho e uma vez mais as representações sociais determinam tanto quanto são determinadas pelos comportamentos e práticas sociais.

Isto é, a telenovela e a macumba não foram decretadas. A sua construção é social. E também não se decreta o recurso ao médico ou ao curandeiro. É o social mediante a representação que se faz da doença e da cura, que constrói as vias alternativas da assistência a quem sofre. E só porque existem diferentes representações da saúde e da doença é que há clientes para todas as fórmulas – das oficiais às clandestinas. E é esta representação que determina em larga medida as expectativas dos doentes, as suas atitudes face às estruturas assistenciais, as suas práticas, em suma, o seu comportamento face à saúde e à doença.

Laplantine (1989) define representação social como “modo de apreensão particular do real”. No caso vertente a concepção de doença começa pela atribuição da sua natureza e causalidade. Na nossa cultura predomina ainda uma representação etiológica, de causa exógena, exterior ao indivíduo, fortuita, acidental.

Esta representação “casa-se” perfeitamente com o modelo biomédico, já que a atitude dominante continua a ser a externalização do sintoma e da causa, e o tratamento a sua jugulação.

Nada mais natural – médico e paciente partilham representações. A própria representação do corpo em órgãos e aparelhos, leva a que as unidades de sentido da doença devam localizar-se. Mas isto equivale como acentuam Bastos e Levy (1987) a pedir uma medicina de especialização focalizada nos órgãos e não no todo. A participação do paciente neste modelo é escassa. Pede-se-lhe que adira ao tratamento. A uma causa externa convém uma ajuda externa!

A ciência médica moderna e principalmente as ciências sociais, tendem hoje a veicular uma representação etiológica diferente, que engloba o todo. E este todo não se limita ao indivíduo, órgãos, aparelhos e sistemas, mas inclui o equilíbrio com o ambiente e o meio social. No extremo, inclui os bens, as posses do indivíduo (Bastos e Levy, 1987).

A doença é vista como uma disfunção, que afecta o conjunto de funções e obrigações do indivíduo (Tremblay, 1982), isto é, compreende um conjunto de reacções, formas originais de adaptação sempre inéditas, que constituem sinais de um desarranjo global.

As concepções clássicas sofrem o impacto de duas correntes extremistas que empoam quer o psicológico quer o social. Para Grodeck (1980) é o indivíduo que segrega os seus próprios males, através dos seus conflitos intrapsíquicos. No extremo temos uma concepção de doença com sentido e valor próprio, tudo girando, já não em torno do corpo e órgãos como no modelo biomédico, mas em torno do psíquico.

As correntes da antipsiquiatria (Cooper, 1978; Szasz, 1974; Moffat, 1975) da terapia familiar e a epidemiologia, acentuam o pólo social. As doenças são produções sociais e não apenas enquanto compreensão figurativa da mediação do social. É o caso da antipsiquiatria – quando fala da sociogénese das doenças mentais (Szasz, 1974).

De qualquer modo a tendência tem sido no sentido de revalorizar os outros pólos – psíquico e social – para além do biológico, sendo que as alterações deste cada vez mais são vistas como epifenómenos de causas e processos mais vastos e complexos.

O modelo que emerge e que concretiza as novas preocupações com a *educação sanitária*, o *diagnóstico precoce* e a *prevenção* é do tipo relacional, harmonizando o biológico, o psíquico e o social (Laplantine, 1989).

A divulgação explícita ou implícita destes modelos alimenta e modifica as representações que os doentes fazem das causas e natureza da doença. A reinterpretação e utilização destes conhecimentos estão bem patentes em algumas atitudes e comportamentos – “são os nervos, é o excesso de trabalho, o *stress* da vida moderna”, etc. Ora este discurso seria impensável há cem anos atrás.

No entanto apesar deste esforço modulador de concepções que se entrecrocaram, as diferenças de percepção do médico e do paciente persistem e estão na base de equívocos, frustrações e dificuldades na relação médico-doente. É necessário penetrar no mundo simbólico do paciente, reconhecer as suas representações, quer da doença, quer das causas invocadas e as circunstâncias de vida, social, laboral e familiar.

1.5.2. Medicina e família

A revalorização da Clínica Geral – Medicina Familiar (CG), incluída no movimento dos cuidados de saúde primários, nos últimos 20 anos, é também um dado concreto de como as representações sociais actuam modificando o real. Não se trata apenas de reagir à superespecialização e desumanização da medicina, nem tão-pouco de reagir às ineficiências dos serviços de saúde. Trata-se de que as concepções sobre a saúde e a doença, e logicamente os processos terapêuticos, vão mudando de acordo com o dinamismo e evolução das representações sociais.

O movimento dos cuidados primários traduz a importância atribuída às modalidades micro-sociais de definir e reagir à doença. A família é o contexto primeiro na mediação, elaboração e socialização dos conceitos, atitudes e comportamentos dos seus membros.

Como microsistema social, tem uma estrutura, funções, papéis, recursos, tem uma história, um ciclo de vida, padrões de interacção e singularidades.

O modelo sistémico propõe o estudo da família, das suas interacções, enquanto fenómenos totais, procurando determinar a posição dos elementos mais do que a informação contida na comunicação. A tendência ao equilíbrio despoleta mecanismos de regulação e contra-regulação até à reposição da homeostasia, ainda quando isto se faça à custa de respostas mal adaptadas e potencialmente patogénicas (Watzlawick, 1967).

A unidade de observação e de sentido é já não o indivíduo mas o todo. A visão da doença neste modelo é do tipo relacional (biopsicos-social), encarada pois como disfunção. De facto, não podemos esquecer que o indivíduo, como diz Richardson (1945), é geralmente membro de um grupo íntimo – a família.

A forma de definir, vivenciar e reagir à doença tem pois uma raiz familiar inegável e este facto pode explicar a tendência a desenvolver comportamentos adaptados ou mal adaptados (Shapiro, 1983).

Os determinantes familiares quer na manutenção da saúde quer na forma de lidar com o *stress*, quer na resposta e adaptação à doença, têm sido intensamente estudados nos últimos anos (Turks e Kerns, 1985).

Estes autores citam exemplos que aqui resumimos:

Minuchin (1974), é levado a salientar duas funções da família relativamente à saúde e à doença: uma função de protecção psicossocial e uma função de elaboração e partilha da sua própria cultura. Conclui que a família pode ter um papel etiologicamente facilitador da doença e suas exacerbações, fenómeno que estudou nas crianças.

Acentua, juntamente com Ferreira (1963), que há uma sobredeterminação do grupo face ao indivíduo, que não escapa à definição familiar da situação e da resposta. Há uma prescrição de responsabilidades, uma definição da doença e da sua duração, dos papéis a assumir, como acentuam Parson e Fox (1952).

Grolnick (1972), estabeleceu uma hipótese de associação que estudou entre a doença psicossomática, a cronicidade e a rigidez na estrutura familiar.

Reiss (1981) distingue a família segundo os modos de perceber a interagir com o mundo social, portanto segundo as representações – conjunto de assunções, convicções ou crenças que cada elemento tem do mundo – o que leva a privilegiar certos segmentos da realidade em detrimento de outros, sendo importante discriminar se a percepção da doença se perfila como uma *ameaça* ou um *desafio*, algo que é irremediavelmente mau ou algo contornável. Consoante o predomínio destas dimensões da representação assim se explicam diferentes estratégias e comportamentos.

– O *coping* resolutivo/o autocontrolo.

Este autor considera três eixos/dimensões na representação que as famílias se fazem da realidade e delas próprias.

– *Configuração*. O ambiente visto como controlável/caótico;

– *Abertura/Fecho*. Realidade como novidade a integrar/realidade como algo familiar, já ordenado no passado familiar.

– *Coordenação*. Família como unidade ou como colecção de indivíduos.

Isto é, no conjunto de autores citados confirma-se o valor que correntemente se vem atribuindo nos nossos tempos à representação da saúde e da doença, quer no plano individual quer no plano familiar, pela importância que se lhe reconhece na determinação dos comportamentos.

Estes esquemas figurativos não são herdados passivamente. O indivíduo e a família actualizam-nos, reformulam-nos no decorrer do tempo.

O modelo transaccional na abordagem do *stress*, não vê, por exemplo, a família como um mero rector passivo, em função de mecanismos homeostáticos (Turk & Kerns, 1985; Lazarus & Launier, 1978). A família e o indivíduo são processadores activos da informação – realizam avaliações da situação, dos recursos. Actuam e avaliam a qualidade da resposta encetada. Há uma interacção activa com o ambiente.

Para estes autores, não há preditores fiáveis da resposta, estabilidade ou disrupção familiar – nem a doença nem os acontecimentos da vida, nem os padrões familiares, individuais e nomeadamente a personalidade, valem por si sós isoladamente. Há sim esquemas complexos desenvolvidos pelas famílias que influenciam os comportamentos (Turk e Kerns, 1985). Para nós, esses esquemas complexos, estão ligados às representações sociais. De facto, estas avaliações cognitivas baseiam-se em algo mais fundo, que inclui a história da família e dos indivíduos, como aquele autor reconhece.

Segundo estas representações os padrões de resposta familiar levam a que o indivíduo privilegie qualquer das três estratégias seguintes:

- 1^a – Eliminar ou modificar a condição;
- 2^a – Controlar o significado da experiência;
- 3^a – Manter o controlo emocional do *self*.

Gochman (1985), fazendo a crítica dos diversos estudos relativamente à família, na saúde e na doença, explicita que o modelo relacional, pressupõe que a evolução e prognóstico são influenciados pelo *padrão interaccional*, pelos *factores biopsicossociais e ambientais* e pelas alterações do *contexto*. A proposta lógica é a de cuidados globais à família – em nome da eficácia e da poupança de custos (...) –

mas acentua que falta evidência empírica que associe estes cuidados globais (medicina familiar) com uma evolução satisfatória da morbidade.

Esta breve resenha permite-nos fundamentar o nosso ponto de vista. Pois sob a simples aparência de um acto médico vulgar, estão fenómenos complexos, das visões do mundo, expectativas diferentes, duas representações de saúde, da doença e da cura, mais ou menos partilhadas. Do lado do médico essa representação é naturalmente influenciada pelos modelos técnicos, culturais e ideológicos que vigoram no grupo de pertença profissional. Do lado do paciente a representação é condicionada, em grande medida, pela família, na forma como elabora e partilha as respostas e estratégias previstas na cultura em que se insere.

A arte do médico começa provavelmente aqui nesta zona onde confluem dois discursos, duas representações.

A atitude do médico que não se contenta com o desempenho formal de um papel inicia-se ao reconhecer o outro, o paciente, reconhecendo a idiossincrasia do discurso de que é portador, para em seguida poder investigar, descodificar, compreender e só depois intervir.

1.5.3. Mudam-se os tempos...

Em tempos recuados em que só o grupo garantia a sobrevivência face a um mundo de perigos permanentemente dramáticos, a fronteira do indivíduo era o grupo, a família alargada, a própria aldeia. Com a evolução dos tempos, garantidos minimamente a subsistência diária e uma organização social com papéis diferenciados, a fronteira protectora do indivíduo, num certo sentido alargou-se, e noutro sentido, que aqui nos interessa, recuou para a própria família. Hoje em dia com o desenvolvimento complexo das sociedades, convergem aparentemente duas tendências opostas. Por um lado a redução da família à sua estrutura nuclear promovendo-se a independência e autonomia dos indivíduos, preparando-os para uma vida em que a luta é essencialmente do tipo social e político (formação, emprego, habitação, protecção social, etc). Por outro lado, reinveste-se na função protectora da família, reconhecendo o seu valor formativo e modelador fundamentais, de que é

exemplo concreto a preocupação quer dos políticos (revitalização da clínica geral – medicina familiar...) quer dos investigadores como vimos atrás.

À representação clássica da família como grupo dador de sentido, meio e fim da vida e para a vida, contrapõe-se a tendência para trazer a fronteira do indivíduo já não ao grupo, à família, mas sim ao próprio indivíduo. A fronteira do indivíduo está nele próprio! Tudo quanto se precisa é que o indivíduo usufrua dos apoios sociais e familiares, como meio e tempo de espera para montar o seu *kit*, a sua estrutura e autonomia próprias.

E se a tendência nos parece positiva e relevante, as contradições presentes geram-nos alguma perplexidade. Provavelmente estas contradições traduzem, elas próprias, mecanismos compensatórios, reguladores e cautelares face às mudanças dos nossos tempos.

1.6. SIGNIFICADO DA PARTILHA

Vivemos hoje a era da informação (Toffler, 1990). Porém, se o acesso ao conhecimento tem vindo a ser facilitado, com a introdução em massa dos dispositivos informáticos na sociedade moderna, vejamos o que tem vindo a acontecer às vicissitudes do poder a ele associado.

O controlo, o domínio perene do saber e das técnicas, classicamente, conferia poder a quem o possuía. E a estratégia sempre constitui em conquistar e/ou manter o mais indefinidamente possível esse monopólio ou ascendente.

O investimento na especialização técnica, tantas vezes fragmentária, no nosso tempo, assenta na criação de um *know-how* crítico, num dado momento. Não se projecta indefinidamente no futuro. Não persegue o monopólio do saber, mas sim a competência específica, parcial e intensa (Drucker, 1992)! Geralmente em resposta às necessidades que artificialmente o mercado vai criando!

Se em tempos o médico dispunha de um saber simultaneamente crítico e global, conferindo-lhe um papel sem substitutos ou concorrentes, de grande singularidade e prestígio social, já o mesmo não se passa hoje em dia, de forma tão visível, e a tendência é claramente noutro sentido. A superespecialização e tecnicismo da medicina de hoje traduz, também, a evolução do conhecimento científico e as suas

implicações sociais e profissionais. O conhecimento intensivo sobre a parte tende a prevalecer sobre a síntese global. Por outro lado a complexidade de todo obriga, numa óptica sistémica tão comum nos nossos dias, a uma abordagem faseada, interactiva e multidisciplinar.

O movimento dos cuidados primários não surge apenas em resposta a uma necessidade de racionalizar e rentabilizar meios e custos. Do ponto de vista humano as preocupações com a excessiva fragmentarização dos cuidados e da pessoa levou a uma revalorização do papel reunificador do tradicional médico de família, da relação humanizada e compreensiva que pode conter e resolver grande número de solicitações, emocionais na origem e requerendo resposta a esse nível (Balint e Norell, 1989).

Tem-se verificado em diversos estudos e em diferentes sociedades que a prevalência de perturbações psicológicas, ligadas ao *stress* social, familiar e profissional, poderá rondar os 30-40%. Entre nós, estas perturbações estão frequentemente entre os dois ou três primeiros motivos de consulta (Caldas de Almeida, 1985; Vaz Serra, 1976; Sampaio Faria, 1981).

Num certo sentido há como que este regresso às origens. A figura do médico que, por um lado, conhece a família, a matriz onde ganham sentido os episódios de doença e a própria doença, que reconhece, trata, educa e previne, e por outro lado a figura do hospital que se perfila como a reserva dos cuidados mais intensivos e complexos, parciais e pontuais.

Porém, noutro sentido, trata-se não de um regresso mas de um avanço preciso no aprofundamento do conhecimento da comunicação médico-doente.

Não apenas a preocupação com uma relação mais próxima, mais aberta, mais igualitária, mas também o reconhecimento da existência de alternativas na estratégia de quem actua investido no papel de médico.

Quer dizer, por exemplo, do facto de entre 20 a 70% dos doentes não cumprirem como terapêutica, independentemente do seu estatuto sócioeconómico?! (Pendleton, 1990; Cohen-Cole, 1991). Que ilação tirar dos fracos níveis de memorização dos doentes para as indicações verbais dos seus médicos, à saída dos gabinetes de consulta?! (Cohen-Cole, 1991).

A abertura relacional faz sentido neste contexto em que se vai tomando consciência destes pequenos-grandes factos. Mas, a abertura relacional, o investimento nas perícias comunicacionais – aprendíveis e

maneáveis – a intervenção segundo a fase da consulta, a personalidade do doente, a natureza do pedido, o tipo de problema, etc., são aspectos cuja valorização e denominador comum advém da necessidade de obter uma compreensão e um diagnóstico adequados, a fim de formular uma prescrição igualmente adequada. Porém, que segredos nos permitem prever que o mesmo será seguido, aplicado, que faça valer a pena a procura do médico?!

Ora parece que é, a este nível, que a partilha da informação, a par dos elementos da atitude relacional, joga poderoso efeito.

1.6.1. Pressupostos e consequências

O papel do médico enquanto educador para a saúde e agente preventivo é, hoje em dia, cada vez mais sublinhado. Ainda que se discuta se é legítimo ou adequado a atribuição destas novas funções aos médicos, generalistas e outros, a questão parece ter que ver muito mais com a definição dos limites na partilha dessas funções do que com a sua pertinência. De facto, perante o panorama de um acréscimo progressivo das doenças de escolha sobre as doenças de sorte, estando sistematicamente implicados estilos de vida e comportamentos de risco, cabe ao médico, nomeadamente ao nível dos cuidados primários, um papel educador progressivamente mais nuclear.

O acto curativo é tendencialmente visto, na sociedade do nosso tempo, como a oportunidade, em muitos casos, para uma segunda intervenção educativa e profiláctica (Pendleton, 1990).

Esta visão não surge gratuitamente. Obedece a uma evolução do pensamento médico, científico e humanista no último século com repercussões mais ou menos evidentes nas próprias concepções da doença, do processo do adoecer e das formas ritualísticas do tratar. Estas representações da doença e da cura forjam-se no social e realizam o elo de ligação e coerência entre a linguagem técnica dos médicos e a do senso comum, dando-lhes sentido e actualidade.

Todas as modificações sociais, em geral, e técnicas, ao nível da medicina, concorrem para alterar potencialmente os esquemas figurativos que permitem aos indivíduos e grupos partilharem crenças e atitudes face à saúde e à doença.

Por outro lado, a falência das medidas tradicionais de saúde pública em inverter a marcha de um processo que não pára de crescer – mais associado aos comportamentos dos próprios indivíduos do que às circunstâncias do meio ambiente – tem estimulado novas leituras e enfoques estratégicos, que reconhecem no geral, a importância central do indivíduo no desfecho ou resolução de um problema de saúde (Norell, 1989; Pendleton, 1990; Billings e Stockle, 1989; Cohen-Cole, 1991; Myerscough, 1990).

Conceitos outrora pouco ou nada valorizados assumem hoje valor crítico: o autoenvolvimento, a participação activa e consciente do doente no seu processo de tratamento, estão a tornar-se objectivos estratégicos na gestão dos problemas médicos do nosso tempo.

As consequências estão à vista e são fáceis de nomear. A democratização dos cuidados médicos decorrendo da sua vulgarização e distribuição pelas diversas camadas da população. A personalização dos cuidados assentes numa relação menos assimétrica, mas igualitária. O recurso à educação preventiva, no seio duma relação, que o mesmo é dizer, o recurso à informação sobre a natureza dos problemas e forma de os ultrapassar, elemento cognitivo chave, capaz de influenciar positivamente comportamentos e a aderência às prescrições médicas.

Estas tendências que emergem nos nossos dias, são naturalmente sinal indirecto das modificações complexas que vêm germinando nas últimas décadas e desse modo são a sua consequência social visível.

Trata-se de valorizar não apenas os aspectos da personalidade, que habitualmente orientam a estratégia do médico, mas também e principalmente a experiência e a atitude do próprio indivíduo, restituindo-lhe a capacidade crítica, a possibilidade de efectuar escolhas (de alternativas) e de colaborar activamente, no tempo que se segue àqueles breves minutos da consulta que, em si sós, pouco valem se não tiverem continuidade e concretização prática.

1.7. A OMISSÃO

Se inquirirmos as nossas próprias práticas, as modalidades pessoais de partilha com os nossos pacientes, e nos perguntarmos quais as razões porque eventualmente somos mais levados a omitir que a partilhar, ocorrem-nos, de imediato, várias justificações: escassez de tempo,

tradição (modelo de formação e ideologia médica prevalente), economia de meios, *background* cultural da maioria dos utentes, inutilidades para alguns de nós, valor relativo para outros. E provavelmente todas estas alegações têm o seu fundamento.

Quando se diagnostica uma amigdalite pultácea o cenário provavelmente mais frequente será o da prescrição do antibiótico isoladamente nem sempre se acompanhando de um esclarecimento mínimo.

Os actos técnicos são susceptíveis de entrarem na rotina dos gestos automáticos, apoiados na noção da sua necessidade e adequação técnico-científica que, bastam ao médico, mas, de longe, escapam ao doente.

As discrepâncias entre os níveis de aderência, reais e esperados, podem ficar a dever-se a esta visão escotómica. O doente não tem, não pode ter, a visão global do seu problema. Se o médico não lhe dá elementos sobre o mesmo, corre o risco, não negligenciável, de ser uma óptima máquina de diagnósticos, *good for nothing*.

Este é um bom elemento de reflexão, sobretudo se nos lembramos que um simples esclarecimento pode levar apenas alguns segundos.

Mas será que a maioria das situações com que lidamos ao nível da consulta, nos cuidados primários, são problemas do tipo descrito?

Outras situações mais complexas merecerão, porventura, tratamento idêntico, ignorando as necessidades psicológicas e cognitivas do paciente.

É relativamente consensual admitir que os cuidados providenciados, em geral, se inscrevem maioritariamente no seguimento de quadros estabelecidos ou em evolução. E se lidar com doentes artrósicos, diabéticos, hipertensos, bronquíticos crónicos, insuficientes coronários, etc., é situação comum, podemos perguntar-nos se não será exactamente no *follow-up* destes doentes, que fará todo o sentido desenvolver estratégias que reforcem o auto-envolvimento, a educação sobre a doença, os estilos de vida saudáveis, e, no geral, a aderência às prescrições?! (Bertakis e Callahan, 1992).

Podemos perguntar-nos qual o significado que eventualmente terá para o paciente diabético ou hipertenso a partilha de elementos sobre a sua doença, sobre as implicações do regime dietético, do exercício físico, etc., sobre os benefícios do tratamento e da vigilância periódica. Se o médico se preocupa e insiste, partilhando essas preocupações com o doente, a ilação que este tende a extrair será, porventura,

importante a vários níveis, integrando-se melhor na situação diagnóstica e aderindo mais e melhor ao tratamento.

Pelo contrário, a omissão destes aspectos terá efeitos contrários, isto é, focalizar-se no controlo das variáveis biológicas e na medicação, enfim, reservar-se a si próprio o exclusivo da responsabilidade na condução do processo terapêutico, equivale a transmitir uma mensagem subliminar do tipo: faça como lhe digo e não se preocupe. O tratamento é comigo!

Ora pode concluir-se que esta zona de incerteza do paciente permanece intocável, fora do seu alcance, gerando dúvidas e ansiedades, só muito parcialmente atenuadas pela aceitação do médico como único responsável. Por outro lado, tal desequilíbrio das responsabilidades mútuas gera, frequentemente, impasses e equívocos. O endeusamento desmesurado do médico nesta relação é uma armadilha disfarçada, que tende a revelar-se abruptamente quando as expectativas do doente não se concretizam. Reações passivo-agressivas, e outras retaliações mais ou menos simbólicas, mais ou menos manifestas, conflitos surdos geralmente, e por vezes abertos, constituem tributo que todo o “Deus de bata branca” frequentemente é obrigado a pagar.

A omissão, porém, nem sempre obedece a uma estratégia, consciente ou inconsciente, de controlo de todo o processo pelo médico, com a inevitável exclusão do doente.

Na maioria dos casos o que se passa é que a partilha não parece reunir o valor de alvo estratégico relevante e dessa forma, a omissão pode ser a regra.

Num número limitado de situações a razão da omissão mora mais fundo. Dizer que certos diagnósticos condicionam a atitude de informar/não informar, equivale, muitas vezes, a ocultar essa razão, que é pessoal respeitando mais o próprio médico que o doente (Myers-cough, 1990).

1.8. UM CASO PARADIGMÁTICO

Todas as iniciativas têm uma história. Inserem-se no *continuum* da experiência de cada um, nas suas reflexões, interesses e preocupações. E muitas vezes é um acontecimento lateral, desfocado, que acaba atraindo a atenção e progressivamente alimenta um outro fio de

reflexão, uma outra curiosidade. Nesse novo objecto vão, no entanto, desaguar águas antigas, que assim se revivificam matizando novas colorações, novos investimentos.

O interesse em investigar as modalidades de partilha da informação no decurso do acto médico, tema genérico e muito amplo, remonta a um caso clínico concreto e ao drama humano e relacional artificialmente criado com repercussão no cenário da consulta.

Podemos dizer que, neste caso, o acontecimento em apreço não é lateral nem remoto, pelo contrário, está no cerne de uma questão que aqui se procura problematizar.

A história conta-se em breves linhas.

Um homem de cerca de 54 anos, ainda activo, inicia um quadro de epigastralgias e perda de peso progressiva, vindo a biópsia gástrica a revelar carcinoma. Este resultado chegou-me às mãos enviado directamente pelo anátomo-patologista em carta selada. Quando o paciente me procurou encaminhei-o à cirurgia, com relatório circunstanciado omitindo o diagnóstico directo, constando apenas o termo “atipia celular”.

A indicação de eventual necessidade de intervenção cirúrgica terá sido o único elemento informativo face à atitude de omissão seguida.

Dois dias volvidos sou procurado na consulta pela esposa, aparentando a mesma idade, e a filha, de 18 anos, estudante. Rapidamente sou confrontado com um pedido surpreendente pelo vigor e clareza postos na sua explicitação.

Suspeitando do pior pretendiam confirmar a diagnóstico, o que fiz, e de pronto, com dramatismo, afirmam ter discutido e concordado em manter o familiar no desconhecimento da verdadeira situação. A esposa teria tido acesso a elementos do diagnóstico temido, razão desta atitude, pedindo-me que “colaborasse” nesta omissão. Afirmei compreender este pedido e respeitá-lo caso o paciente não tomasse a liberdade de me inquirir directamente. Supunha provavelmente que o cirurgião acabasse por revelar o diagnóstico, mas tal não aconteceu.

Após uma intervenção paliativa o paciente teve alta e manteve-se em seguimento duplo – pelo cirurgião e por mim próprio.

Ficou assim instalado um muro de silêncio extremamente constrangedor e embaraçoso. Naturalmente que o doente pressentia, sabia, ao fim e ao cabo, o que se estava a passar, sobretudo à medida que a

doença foi evoluindo. Nem o cirurgião nem eu avançámos na direcção lógica. E nem o facto de o paciente reter a pergunta “fatídica” ameniza a memória daqueles dois meses. A expressão “palavra fatídica” aplica-se bem a esta situação. Perante a teia de silêncio em que todos fomos coniventes, médicos, familiares, e quem sabe, o próprio paciente, a omissão funcionou simbolicamente como a negação do mal e a manutenção da esperança. Revelar o diagnóstico corresponderia a reconhecer o inevitável, se não a criá-lo – quase se diria! Porém, se numa primeira fase foi este aspecto, quase diria irracional e mágico, que funcionou, para o fim, o dilema da verdade ou da mentira, do que era justo ou injusto prevaleceu e pesou na relação. Num certo sentido este paciente foi abandonado, deixado entregue a si próprio, perante o conluio do silêncio de todos. Isolado, entregue ao sofrimento sem nome, ou melhor, não nomeado, alimentando de ilusões e pesadelos o tempo de vida que lhe restou, recebendo dados contraditórios dos que o rodeavam na sua própria casa, geradores, sem dúvida, de todas as incertezas e ansiedades, tão pouco lhe foi facultada a possibilidade de preparar a sua morte. Que apoio psicológico é possível dar nestas condições? Que atitude tomar perante o pedido mudo, repleto de todas as interrogações?!

Tinha bem a noção de ter embarcado nesta teia de omissões e frequentes vezes senti que toda a responsabilidade penderia sobre mim se rompesse o muro de silêncio, dada a forma como se estruturou todo o conjunto de relações das partes envolvidas.

Sendo presumível que o próprio paciente tenha igualmente participado nesta teia, de onde se pode tirar algum partido, é inegável que o comando de todo o processo lhe foi retirado como também ao médico. Ficou assim criada uma relação artificial, constrangedora, de mensagens contraditórias inevitáveis onde falam mais alto o não verbal, o silêncio, a omissão.

Nas últimas três décadas a comunicação do diagnóstico aos doentes com cancro tem mudado dramaticamente nos EUA. Se anteriormente os médicos retinham esta informação, a investigação indica que, agora, a atitude dominante nos profissionais de saúde é a de revelar o diagnóstico (Billings, Stoeckle, 1989).

Estes autores referem uma viragem na opinião pública em favor de uma comunicação franca e aberta sobre o cancro, embora sublinhem

que tal não se deva basear em noções “a priori” mas sim atendendo às necessidades psicológicas e cognitivas do paciente, numa dada situação.

No caso relatado, essa necessidade não foi expressa, ou não teve condição para o ser, e também não foi abordada!, o que confere a ideia de que as dificuldades poderiam ser mútuas – em dar e em receber informação sobre o diagnóstico.

De facto, como diz Laxenaire, o doente, reintegrado hoje de pleno direito no seu papel de sujeito, tem toda a liberdade para dar à afecção que o atinge, o sentido que convém ao seu inconsciente (Laxenaire, 1980).

E esse é, também, um direito que assiste ao doente. E se tem o direito de ser informado tem também o direito de não querer saber.

O que esta história permite iluminar é, porém, um outro dado. O médico pode ficar preso numa armadilha que o inibe, tolhe os movimentos e a capacidade de ajuda. De facto, se dizer a verdade pode ser visto como uma meta ética absoluta, um fim em si mesmo, essa atitude é também valorizada como um meio para obtenção de outros fins que podem entrar em conflito: ser honesto e informativo, ser amável e dar esperança, respeitar o ponto de vista da família e manter os códigos éticos e deontológicos (Billings e Stoeckle, 1989).

METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

2.1. DEFINIÇÃO DO ESTUDO E OBJECTIVOS

Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, exploratório, baseado na aplicação de um questionário (anexo), por administração directa, a uma amostra de clínicos gerais, subdivididos em dois grupos segundo o local de trabalho, inquiridos sobre as atitudes de partilha de informação com os seus pacientes no decurso do acto médico (consulta).

Pretende-se apurar configurações de respostas indiciadoras de diferentes tendências e atitudes de partilha com o objectivo de responder às seguintes questões:

Será a atitude de partilha predominante nos médicos inquiridos?

Que variáveis (sexo, idade, região, anos de prática) se associam à atitude de partilha?

De que forma a situação diagnóstica condiciona a atitude de partilha?

2.2. ENQUADRAMENTO GERAL

O desenvolvimento dos conhecimentos da ciência médica, das técnicas ao serviço da medicina, por um lado, e as novas concepções e entendimento dos processos de saúde e doença, nomeadamente dos múltiplos factores envolvidos de carácter individual, social e ambiental, por outro, têm motivado preocupações crescentes nos técnicos e sociedades em geral para a prevenção do risco e promoção da saúde das populações. Em consequência, o pendor curativo prevalecente no modelo médico tradicional tem vindo a ser gradualmente substituído por uma concepção de cuidados mais globais.

O modelo biopsicossocial que emerge na medicina dos nossos dias traduz, de alguma forma, a influência do desenvolvimento das ciências sociais. Porém, posto que largamente consensual, nem por isso, as práticas médicas se modificaram substancialmente. Diríamos que, entre nós, como provavelmente noutros países mais desenvolvidos, a “objectivação e naturalização” da nova ideologia médica está em curso mas não é um dado adquirido, consumado, “ancorado”, nas práticas individuais e das instituições de saúde.

Assistimos pois, em Portugal, a um processo complexo, a nível da saúde, que acompanha e se insere no movimento dos cuidados de saúde primários culminado em Alma-Ata em 1977 (Dias e Imperatori, 1988), sendo de salientar, porque é disso sinal objectivo, o conjunto de legislação produzido – (criação do Serviço Nacional de Saúde, publicação e reformulação das carreiras médicas, nomeadamente da carreira de Clínica Geral, Lei de Bases da Saúde, etc.).

A criação da carreira de Clínica Geral – Medicina Familiar, na base da reorganização dos cuidados de saúde primários, e poderemos dizer, do funcionamento de todo o sistema de saúde, foi pensada em função destes princípios orientadores mas a sua materialização ocorre dada a conjuntura sócio-cultural e política, especificamente favorável, e dada a existência de recursos técnicos e humanos.

No entanto a formação processou-se, quer nas Faculdades de Medicina quer nos Hospitais, no espírito e tradição do modelo médico clássico. A visão segmentar do doente, do sintoma ao diagnóstico, as práticas instrumentais cada vez mais complexas, as intervenções terapêuticas rápidas e eficazes, constituem, no seu conjunto, necessidades e objectivos operacionais cometidos a esta grande instituição que é o Hospital – local de produção e transmissão do saber médico, cuja repercussão ultrapassa os profissionais e regula os próprios valores sociais – constitui poderosa influência na determinação da atitude dos médicos na sua prática futura.

Neste sentido os Clínicos Gerais – Médicos de Família, na sua maioria contemporâneos de uma era de transição, debatem-se com a necessidade de construir/reconstruir as suas práticas.

2.3. CARACTERIZAÇÃO DA FONTE

2.3.1. Problemática e contexto. Breve referência à situação portuguesa

A atitude de partilha da informação no decurso do acto médico, foco de análise deste trabalho, insere-se na problemática mais geral da estratégia relacional do médico no desempenho das funções profissionais. Quer obedeça a propósitos relativamente conscientes de valorização do papel do doente no contexto da reacção e vivência do pro-

cesso patológico, quer consista em mera atitude relacional visando uma aderência passiva, facilitadora de intervenção médica, a estratégia de partilha ou de omissão pode ser discriminada através de métodos de observação directa ou indirecta, auscultando os pacientes, os médicos, e preferencialmente ambos.

Propômo-nos inquirir os próprios médicos. A carreira de Clínica Geral – Medicina Familiar (CG), definida no Decreto-Lei 310 de 1982, assenta na noção de cuidados globais na dupla vertente da prevenção (primária, secundária e terciária) e da compreensividade (modelo biopsicossocial).

A continuidade e personalização de cuidados tem levado a discutir a natureza e alcance do acto médico, polarizando-se os aspectos mais tecnológicos e curativos, por um lado, e os aspectos mais assistenciais e humanizados por outro. A carreira de CG está, pois, no centro desta polémica ora reavivada. De facto, na actual fase de construção das suas práticas, a procura de uma especificidade, de uma identidade, tem-se feito, em muitos aspectos, contra o modelo biomédico, hospitalar, que curiosamente foi o que receberam nas faculdades. Não é, pois por acaso, que decidimos inquirir este e não outro grupo de profissionais.

Uma percentagem significativa de clínicos gerais aguarda o início da Formação Específica (Directiva da CEE a que o país aderiu), enquanto aqueles que já a concluíram têm vindo progressivamente a aumentar nos últimos anos. Ambos os grupos trabalham nos Centros de Saúde. A Formação Específica acentua justamente a dimensão da continuidade, compreensividade e globalidade dos cuidados, em completa ruptura conceptual com a formação inicial. Face a esta situação de transição, o que se passa neste grupo de profissionais pode explicar as tendências que entre nós se vêm registando relativamente ao fenómeno em estudo.

Neste contexto particular estão reunidas as condições para uma tentativa de caracterização do actual estado de coisas (...) nos referidos Centros de Saúde.

O presente estudo tem, resumidamente, como questão de partida:

Qual o valor (e limites) atribuído à partilha da informação (natureza do problema, procedimentos terapêuticos) na atitude relacional do médico relativamente aos seus pacientes adultos?

Definida a problemática, está também, em parte, definido o modelo de análise de que nos socorreremos e resumidamente explicitamos:

A relação médico-doente constitui, num certo sentido, um cenário e um contexto onde ocorrem determinadas trocas relacionais. Médico e doente desenvolvem estratégias próprias em função quer dos seus recursos e necessidades quer da situação com que num dado momento têm que lidar. Adoptaremos pois o ponto de vista estratégico de Crozier e Friedberger (1977) relativamente ao “actor social” e seus pólos “cooperação” e “negociação”.

Mas os recursos e necessidades atrás referidos não constituem um dado adquirido e universal. De facto, nem as contradições (e ainda que as não houvesse) da formação inicial, o percurso de vida e experiência acumulada, nem os valores vigentes numa dada cultura ou grupo profissional, poderiam explicar, por si sós, a actuação quer do médico quer do paciente na cena relacional. A percepção, os conhecimentos e os recursos que dispõem um e outro, num plano de grande assimetria, dependem dum conjunto muito vasto e complexo de elementos. E por muito diferentes que sejam os conceitos e representações, porque vivem numa mesma sociedade, existe uma base minimamente comum de partilha que viabiliza um diálogo, o entendimento. Adoptaremos, assim, o ponto de vista das representações sociais iniciado com Durkheim e posteriormente elaborado por Moscovici (1976). Este referencial teórico terá uma incidência interpretativa para alguns dos aspectos e conclusões deste trabalho.

2.3.2. População inquirida

A amostra dos médicos inquiridos é constituída por dois subgrupos, totalizando 72 clínicos gerais:

- 22 clínicos gerais exercendo em diferentes Centros de Saúde da região do Algarve que, à altura, frequentavam o VI Programa de Formação Específica em Exercício (FEE) desenvolvido pelo Instituto de Clínica Geral da Zona Sul;
- 50 clínicos gerais exercendo num Centro de Saúde urbano (Centro de Saúde da Alameda, Lisboa).

O questionário foi distribuído à totalidade dos médicos do referido Centro de Saúde de Lisboa, à excepção de um caso. Todos eles pertencem

cem à carreira de Clínica Geral ou estão integrados ou são provenientes dos ex-Serviços Médicos-Sociais (estes mantendo um estatuto particular). Foi também distribuído à totalidade dos clínicos gerais presentes no primeiro dia da referida acção formativa.

2.4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO. MODELO DE ANÁLISE

2.4.1. Conceitos operatórios

Esta pesquisa assenta, nomeadamente ao nível da verificação das hipóteses de trabalho, na noção de índice (*tendência à partilha*). A aplicação deste índice, cuja construção e funcionamento explicitamos na secção “Resultados e Discussão”, permite aferir a atitude de partilha.

A “partilha” é aqui encarada num sentido geral, significando divisão de responsabilidades, decisões, tarefas e informação.

O termo “atitude” é utilizado em dois sentidos. Por um lado, o conjunto de disposições cognitivas e afectivas para a acção e, por outro lado, a própria acção.

A expressão “atitude de partilha” tem, pois, no presente trabalho, esses dois sentidos, mas focaliza-se no indicador – partilha da informação (trabalho de pesquisa propriamente dito).

São utilizados outros conceitos, nomeadamente no enquadramento teórico, devidamente explicitados no texto.

2.4.2. Ponto de vista das representações sociais

Um dos referenciais teóricos que suportam esta investigação reporta-se às representações sociais.

Trata-se de um enfoque que permite esclarecer os comportamentos e atitudes do indivíduo, ligando-os a uma fonte social ou grupal, isto é, ao comum dos indivíduos que partilham a sua cultura, através dos elementos expressivos da sua criatividade, labor ou funções (Moscovici, 1969, 1976; Jodelet, 1984; Bidarra, 1986; Vala, 1981; Farr, 1984).

Esses elementos funcionam como marcas na história colectiva ou do grupo social de pertença e, vistos nessa dimensão, ajudam a decifrar atitudes e tendências.

Afirma-se que, na interacção com os outros, o indivíduo constrói e reconstrói permanentemente esquemas de compreensão e leitura dos fenómenos – teorias particulares – mais ou menos socialmente partilhadas, que permitem a comunicação, a coesão e orientam a acção.

Nesta acepção, o indivíduo não é um mero rector passivo, um simples processador de informação. Pelo contrário, investido na sua condição de sujeito, as suas manifestações revelam sempre de um discurso reinventado, singular, inserido. Por outro lado, sendo as representações socialmente construídas e partilhadas, as manifestações individuais não trazem apenas a marca de quem expressamente as produziu. Trazem a marca da cultura e grupo social numa dada época.

Este trabalho não pretende aprofundar a teoria das representações sociais, mas baseia-se, ao nível da concepção e interpretação em alguns destes pressupostos.

Desta forma faz sentido inquirir a produção expressa (opiniões) dos médicos sobre as atitudes de partilha, na medida em que, tratando-se de um estudo de caso, limitado a um Centro de Saúde, ou região, as respostas podem indicar, para além dos indivíduos, o seu grupo de pertença. A análise das produções – neste caso, as respostas a um questionário – permite, com esta metodologia, aceder, em parte, a elementos representacionais ou, se preferirmos, a configurações de opiniões, sobre o fenómeno da partilha da informação com os pacientes.

A tendência que assim se pode vir a esboçar está intimamente ligada, por um lado e à partida, à capacidade e rigor interpretativo dos resultados e, por outro, a uma confluência de factores sócio-culturais, em geral, e da cultura profissional, em particular, num dado espaço, num dado tempo.

Salientamos, pois, o pressuposto da vinculação, relativa, é certo, ao grupo de pertença.

2.4.3. Ponto de vista da análise estratégica das organizações

Um outro referencial teórico deste trabalho é constituído pelo modelo de Análise Estratégica das Organizações desenvolvido por Crozier e Friedberg (1977).

Também aqui o indivíduo é visto na condição de sujeito e a análise

das regularidades comportamentais reenvia para uma estratégia que supõe a liberdade e a capacidade de efectuar escolhas vantajosas no curto ou longo prazo.

Em qualquer situação, por mais constrangente e limitadora que seja, o sujeito tem sempre uma margem de manobra que lhe permite optar entre o mínimo e um máximo de colaboração.

Este modelo faz, ainda, apelo a uma noção pertinente a este trabalho, baseada nas concepções de Herbert Simon, com implicações no conceito e natureza da acção humana – a sua racionalidade contingente e limitada – isto é, o indivíduo na sua busca de soluções para um qualquer problema, não é exaustivo e decide quando o seu critério de satisfação mínimo é alcançado (Crozier e Friedberg, 1977; Friedberg, 1988).

Um outro aspecto, também relevante no espírito do presente trabalho, e nuclear, neste modelo, é a noção de que toda a relação é uma relação de poder e que, a utilização das margens de liberdade, o controlo das zonas de incerteza, críticas para o funcionamento das sociedades humanas, constituem a moeda de troca mais forte nos jogos de bastidores que caracterizam as relações informais de qualquer organização.

Classicamente, a metodologia que faz apelo a este modelo, considera na actuação dos indivíduos dois pólos:

- o pólo do conflito/negociação;
- o pólo da cooperação/colaboração.

As implicações na leitura dos resultados desta investigação parecem-nos óbvias:

A atitude valorizadora da partilha da informação – utilizada como indicador – pode, de facto, indiciar uma tendência que privilegia um destes pólos.

Os resultados podem orientar-nos para uma leitura geral das tendências nas estratégias relacionais dos médicos com os seus pacientes.

2.4.4. Descrição do instrumento

Foi utilizado um questionário visando uma administração directa (anexo).

A lógica a que obedece a estruturação do questionário contempla a problemática abordada anteriormente:

Parte 1

Averigua o grau de concordância/discordância dos inquiridos face a um conjunto de afirmações gerais sobre a importância dos elementos de partida *versus* outros elementos.

Parte 2

Averigua a frequência de atitudes de abertura relacional e de partilha de responsabilidades, tarefas e da informação (sobre o tipo de problema de que padece o doente e sobre os procedimentos e metas terapêuticas).

Parte 3

Averigua a postura relacional e atitudes de partilha descritas pelos médicos inquiridos face a um conjunto de seis situações tipificadas quanto ao diagnóstico.

Parte 4

Averigua, mediante duas questões finais, a importância da atitude de partilha em geral e na cena relacional.

Parte 5

Dados biográficos. Destacamos o sexo, escalões etários, anos de prática, região (local de trabalho) e posição na carreira.

O questionário construído numa primeira fase, foi corrigido, posteriormente, com base:

1 – em sucessivas aplicações a diversos médicos em condições semelhantes às dos futuros inquiridos (investigação prévia);

2 – na aplicação-tese a oito médicos nas mesmas condições, fazendo uma amostra superior a 10% do universo a inquirir (fase de pré-teste).

Apresentamos em anexo a versão final do questionário distribuído aos inquiridos.

2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Procedemos a uma análise univariada, bivariada e multivariada.

2.5.1. Análise univariada

Descrição dos médicos inquiridos segundo as variáveis: sexo, idade, região onde exercem, regime de trabalho, categoria profissional, anos de prática, tipo de formação pós-graduada.

Relativamente às variáveis numéricas registámos as estimativas dos parâmetros de localização e de dispersão (médias e desvio-padrão).

Para as variáveis nominais procedeu-se a uma descrição percentual.

2.5.2. Análise bivariada

No estudo comparativo dos dois subgrupos de inquiridos (região do Algarve e Lisboa) socorremo-nos de testes paramétricos (variáveis numéricas) e não paramétricos (variáveis nominais), por forma a estabelecer a homogeneidade da amostra global.

Para a verificação das hipóteses de trabalho procedemos à construção de um índice – *tendência à partilha* – tendo para o efeito seleccionado quatro questões (da 1ª parte do questionário), que pela sua formulação mais directamente respondem ao fenómeno da partilha de informação.

Esta selecção foi determinada por um critério ligado à concepção teórico-metodológica do estudo. Carece, no entanto, de um suporte analítico. Para esse efeito utilizámos:

1º – Análise de correlações (a um nível de significâncias de $P \leq 0,001$).

2º – Validação empírica do índice, testando o seu comportamento face às respostas a uma questão diagnóstica, mais propriamente, verificar se existe associação entre, por um lado, os *scores* obtidos pelo índice – *tendência à partilha* – e, por outro lado, os subgrupos de inquiridos definidos pela variável informa/não informa o paciente, na situação de Neoplasia de evolução fatal.

Só depois de estabelecida a adequação deste índice, o passámos a utilizar na verificação das hipóteses de trabalho.

Recorremos à análise de variâncias, utilizando o *one-way Fisher* (F). Dada a necessidade de rigor na aplicabilidade deste teste, foi verificada a normalidade das distribuições (*Kolmogorov-Smirnov*) e a homogeneidade de variâncias (*Bartlett-Box F*) ($\alpha = 5\%$).

Na comparação das distribuições de variáveis discretas utilizámos o teste do Quiquadrado (χ^2) ($\alpha = 5\%$).

Utilizámos, ainda, o teste de *Mann Whitney U* para comparação de dois grupos independentes, sempre que as condições de aplicabilidade do teste de *Fisher* suscitavam dúvidas ($\alpha = 5\%$).

Para efeitos descritivos agrupámos os *scores* possíveis resultantes da aplicação do índice. Constituímos, assim, três grupos:

- Soma de *scores* ≤ 8 – subgrupo de maior tendência à partilha;
- Soma de *scores* entre 9 e 11 – subgrupo de tendência média à partilha;
- Soma de *scores* ≥ 12 – subgrupo de menor tendência à partilha.

2.5.3. Análise multivariada

Procedemos a uma análise de *cluster* para determinar grupos de “doenças semelhantes” face às atitudes dos médicos inquiridos – revelar ou não o diagnóstico e objectivos visados.

Para este efeito salientam-se os seguintes passos:

- 1 – As variáveis que reflectem as atitudes dos médicos são reduzidas (média = 0, variância = 1).
- 2 – São calculados os coeficientes (baseados nos quadrados das diferenças euclidianas).
- 3 – Construção dos *cluster* pela ordem dos coeficientes.

2.6. HIPÓTESES DE TRABALHO

Formulámos as seguintes hipóteses (H) de trabalho:

H1 – A maioria dos médicos inquiridos tem uma atitude valorizadora da partilha de informação. (A aferir pelo índice – *tendência*

à *partilha* –, com base em quatro questões centrais da 1ª parte do questionário (5, 6, 8 e 9)).

H2 – As práticas autodescritas são, maioritariamente, de *partilha*. (Assentes no diálogo, na abertura relacional e na *partilha* da informação).

H3 – A tendência à *partilha*, nos médicos inquiridos, é independente do sexo, região, categoria profissional e regime de trabalho.

H4 – A tendência à *partilha*, nos médicos inquiridos, depende da idade e dos anos de prática.

H5 – Alguns diagnósticos condicionam a atitude de *partilha*, nos médicos inquiridos, nomeadamente a revelação da sua natureza, o *timing* e a forma escolhida, destacando-se a situação de Neoplasia dos restantes.

H6 – O objectivo da *partilha*, nos médicos inquiridos, diverge em função do diagnóstico.

H7 – As modalidades de *partilha*, nos médicos inquiridos, sugerem representações particulares e diferenciadas de certas patologias (Neoplasia, Depressão, Doença Coronária, Asma, etc.).

H8 – A principal justificação da não revelação do diagnóstico ao paciente, nos médicos inquiridos, corresponderá a “dificuldade pessoal” do médico.

2.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Podemos sistematizá-las em torno de três questões:

- 1 – A estratégia da pesquisa;
- 2 – O desenvolvimento do instrumento de medida;
- 3 – A aplicação desse instrumento.

1 – Ao nível da estratégia da pesquisa salientamos a ausência de um componente de observação, elemento fundamental na metodologia dos estudos de caso, quer através do uso de sistemas de categorias de comportamentos, quer através do recurso a notas de campo (Nisbet e Watt, 1984; Cohen e Mannion, 1985; Stenhouse, 1985).

No entanto utilizámos uma técnica de validação do índice – *tendência à partilha* – a que atribuímos valor empírico e analítico. Considerámos que as respostas às questões que integram o índice e as

respostas à questão “revela/não revela o diagnóstico (Neoplasia de evolução fatal)” teriam, forçosamente, uma relação estatisticamente significativa, sob pena de perda da coerência conferida às respostas dos inquiridos e dos próprios conceitos operatórios.

Uma segunda lacuna prende-se com o facto de termos inquirido apenas um dos actores deste processo (consulta). Todas as questões são colocadas procurando estimular a explicitação das percepções e atitudes dos inquiridos, mas, num certo sentido, estamos a praticar uma abstracção – em momento algum o estímulo substitui o concreto do doente. Por outro lado, cada doente é um caso. Só aceitando a metodologia das representações sociais (Moscovici, 1969) podemos creditar valor às configurações de percepções e atitudes expressas. O que funciona é, então, para cada estímulo proposto, a evocação da representação e consequente atitude associada.

Porém, outra limitação se coloca. Não é fácil aceder às representações. As respostas dos inquiridos poderão reflectir, apenas aproximadamente, as representações individuais (no tratamento e interpretação dos dados estamos, no entanto, a lidar com as representações do grupo de inquiridos).

2 – As alternativas de respostas a alguns itens não radicam num levantamento sistemático e exaustivo de razões junto dos inquiridos, antes num processo intuitivo de levantamento de possibilidades apenas confirmado na fase de pré-teste pela não referência de outras opções.

3 – A aplicação do questionário visou uma administração directa sob estrito anonimato. A taxa de devolução dos inquéritos preenchidos cifrou-se em 98,6% no conjunto dos dois grupos de inquiridos. Este valor atesta uma participação notável transmitindo confiança aos resultados e, de certa forma, permite supor a disposição dos inquiridos em expressar as suas próprias ideias e percepções.

Como afirma Lazarsfeld (1965), construir um questionário sobre um conceito implica, uma vez definido esse conceito, encontrar os comportamentos que o explicitam, nomeadamente, especificando as suas dimensões e, posteriormente, escolhendo os indicadores referentes a cada dimensão. Pensamos ter procedido em conformidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO*

3.1. INQUÉRITOS APURADOS

O questionário foi distribuído a 72 médicos exercendo na área de Clínica Geral (CG):

- a) 22 clínicos gerais, presentes a uma acção de formação incluída no VI Programa de Formação Específica em Exercício (FEE) do Instituto de Clínica Geral da Zona Sul realizada em 92/9/30. A taxa de retorno per fez 100%.

Estes médicos exercem em distintos Centros de Saúde (CS) da região do Algarve:

- b) 50 médicos dum CS urbano (Lisboa), correspondendo praticamente à totalidade dos médicos que exercem na área de CG neste CS, independentemente do seu estatuto e categoria profissional. 49 médicos responderam ao questionário, perfazendo uma taxa de retorno de 98% (Outubro e Novembro de 1992).

No global, apurámos 71 inquéritos validamente preenchidos, independentemente da falta de informação num ou noutro item, situação que se teve em conta no tratamento dos dados.

3.2. CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA GLOBAL

Sendo um dos objectivos verificar se existe uma incidência regional na atitude de partilha, requeria-se, previamente, testar a homogeneidade dos dois subgrupos de inquiridos (1 – médicos exercendo na região do Algarve, 2 – médicos exercendo em Lisboa), relativamente às restantes variáveis.

* Para efeitos descritivos os termos exactos de algumas questões foram adaptados por forma a facilitar a leitura dos resultados e conclusões, mantendo todavia o sentido e rigor originaes.

Os resultados do χ^2 , como se constata no quadro seguinte, revelam não haver diferenças estatisticamente significativas ($\alpha = 5\%$) entre os dois subgrupos relativamente ao sexo e regime de trabalho.

QUADRO I

Variável	χ^2	G.L.	P.	
Sexo	1,42129	1	0,2332	NS
Regime de Trabalho	0,03748	1	0,8465	NS

No quadro II observamos os resultados da análise de variâncias (teste de *Fisher*), na comparação dos subgrupos segundo as variáveis idade e anos de prática.

QUADRO II

Variável	Subgrupo	Média	D.P.	F	P	
Idade	1	39,0909	3,0847	0,5176	0,4743	NS
	2	40,3191	7,6984			
Anos de Prática	1	8,7273	2,4139	4,4075	0,0395	S
	2	11,5208	6,0035			

Pelo teste de *Fisher* (F) observa-se que os subgrupos divergem em função dos anos de prática. Dadas, porém, as diferenças nos desvios-padrões, o que põe em causa a aplicação de F procurámos confirmar com o teste de *Mann Whitney U* para comparar dois grupos independentes ($\alpha = 5\%$) (Quadro III).

QUADRO III

Variável	U	P	
Idade	502	0,8462	NS
Anos de Prática	402,5	0,1084	NS

Este resultado permite-nos concluir que os dois subgrupos constituintes da amostra global não divergem de forma estatisticamente significativa, mantendo características homogêneas em termos das variáveis consideradas, com $\alpha = 5\%$.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS

Os 71 médicos estão assim distribuídos:

a) Sexo

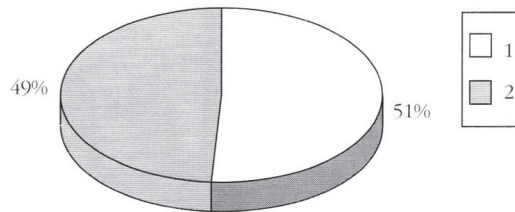


Gráfico 1: 1 – Sexo feminino; 2 – Sexo masculino

b) Idade

Os respondentes têm uma idade que oscila entre os 33 e os 71, com uma média de 40,2 anos.

No gráfico 2 discriminam-se os escalões etários.

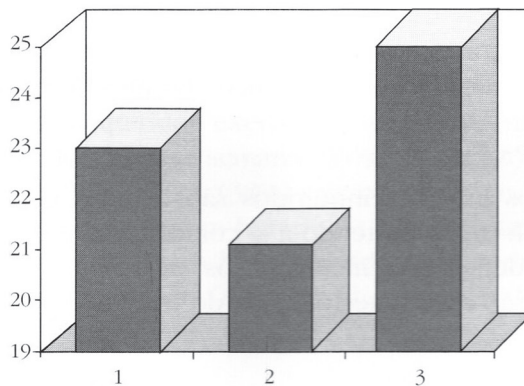


Gráfico 2: 1 ≤ 36 anos; 2 de 37 a 40 anos; 3 ≥ 41 anos

Média: 40,2174

DP: 6,2156

Min.: 33

Máx.: 71

Mediana: 39

c) Anos de Prática em CG

Os inquiridos têm uma média de 10,8 anos de prática na área de CG (gráfico 3), oscilando entre um mínimo de 5 e um máximo de 29 anos. Verificou-se que, em relação aos agrupamentos considerados, predomina o subgrupo de médicos com 7 ou menos anos de prática.

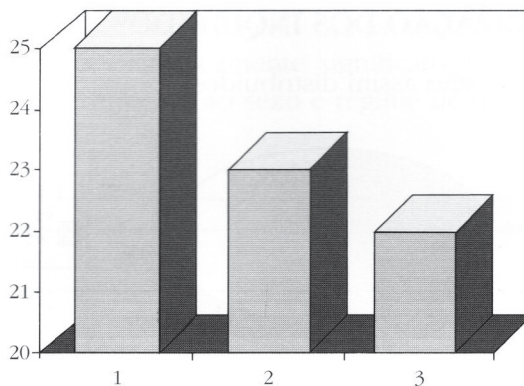


Gráfico 3: 1 ≤ 7 anos; 2 de 8 a 10 anos; 3 ≥ 11 anos

Média: 10,797 DP: 5,135 Min: 5 Max: 29 Mediana: 9

d) Formação Inicial

A maioria dos médicos inquiridos obteve a licenciatura em Lisboa (49 – na Universidade Clássica de Lisboa, 13 – na Universidade Nova de Lisboa). Seis inquiridos licenciaram-se nas Universidades do Porto e Coimbra, 1 na Universidade de Lourenço Marques (Moçambique).

e) Categoria Profissional

A maioria dos médicos inquiridos são clínicos gerais da carreira aguardando a FEE (62%) ou tendo-a já completado (15%).

Noves respondentes são médicos dos ex-Serviços Médicos-Sociais (SMS) (14%) e 6 são assistentes pela via do Internato Complementar de CG (9%) (gráfico 4).

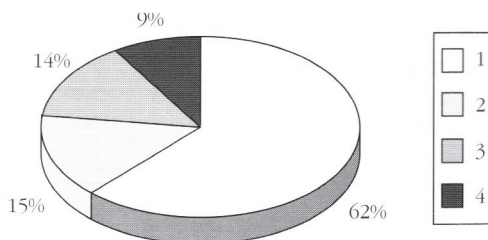


Gráfico 4: 1 – Aguarda FEE; 2 – Assistentes FEE; 3 – CG ex- SMS; 4 – Assistentes Inter. Compl.

f) Formação Pós-graduada

A maioria dos médicos (47) não possui qualquer tipo de formação pós-graduada em outras áreas específicas da medicina (74%) (gráfico 5).

Dezassete médicos inquiridos possuem outra formação específica/especialidade, (26%), sendo a mais frequente a cirurgia geral (3 inquiridos).

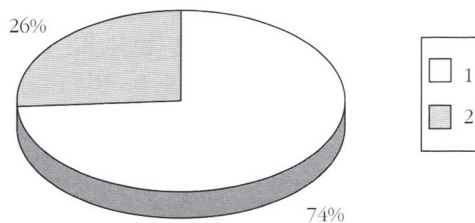


Gráfico 5: 1 – Sem outra formação pós-graduada; 2 – com formação pós-graduada específica (outra especialidade)

g) Regime de Trabalho

A maioria dos inquiridos exerce em regime de não exclusividade, com um horário de 35 horas/semana (55%) (gráfico 6).

Vinte e sete dos médicos (38%) exercem CG em exclusividade no CS dispondo, a maioria, de um horário de 42 horas/semana.

Cinco inquiridos praticam horários variáveis e reduzidos de acordo com o seu estatuto particular (médicos provenientes dos ex-SMS).

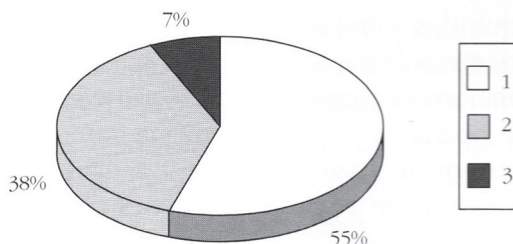


Gráfico 6: 1 – Regime de 35 h/semana; 2 – Regime de exclusividade; 3 – Outros regimes

3.4. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INQUÉRITO

Seguiremos na apresentação e discussão dos resultados as partes e sequências a que obedeceu a estruturação do questionário (anexo).

3.4.1. Atitude face à partilha

A parte 1 engloba um conjunto de afirmações em que se estabelecem juízos comparativos entre a atitude de partilha *versus* outras atitudes, ou simplesmente são emitidos juízos de valor sobre a atitude geral de partilha. As questões são formuladas por forma a que se salientem as verdadeiras discordâncias.

Os inquiridos pronunciaram-se sobre essas afirmações/atitudes, polarizando-se as respostas numa escala de 1 a 4, segundo discordavam ou concordavam (em absoluto ou predominantemente).

Do conjunto de respostas destacamos os aspectos mais salientes:

A grande maioria dos médicos inquiridos (96%) é favorável à partilha de informação sobre o diagnóstico, atendendo a cada caso, nomeadamente a natureza do diagnóstico e a personalidade do paciente. Esta opinião, estritamente favorável, só encontra oposição em 4,2% dos inquiridos.

A maioria dos médicos (63%), no entanto, mostra franca reserva à transmissão do diagnóstico como regra apriorística.

Estas duas questões introdutórias, de sentido muito geral e consensual, foram utilizadas como respostas de controlo, e o resultado é considerado satisfatório.

Relativamente às questões centrais desta secção, salienta-se o posicionamento dos inquiridos sobre a afirmação de que a “necessidade de informação do paciente sobre a situação e o tratamento constitui um falso problema na maioria dos casos”: 78,8% discordam no geral, (15% de forma radical) e apenas 2% subscrevem inteiramente a afirmação. Estes resultados parecem traduzir uma franca aceitação da atitude de partilha, embora se coloquem algumas limitações como se constata na resposta às questões seguintes.

Quando inquiridos sobre os limites da partilha, 86% consideraram essencial circunscrevê-la em função da avaliação que eles próprios

fazem das necessidades cognitivas do paciente. Treze por cento têm posição contrária, o que, eventualmente, pode traduzir uma atitude menos centrada na avaliação do próprio médico ou apenas contrária a uma excessiva limitação da atitude de partilha (!?).

As questões seguintes permitem elucidar estas dúvidas.

Deve o médico limitar-se a transmitir o regime de prescrição e os efeitos da medicação?

A maioria considera que não (56%).

O conhecimento relacionado com a doença, sendo requerido para viabilizar um tratamento, só diz respeito ao médico?

A maioria discorda francamente (22,5% de forma radical).

Como avaliam os inquiridos os benefícios da atitude de partilha?

As respostas a esta questão dividem os inquiridos, e embora predomine a posição que tende a negar prejuízos (56%), uma percentagem importante dos médicos (43%) considera que os doentes muito informados complicam mais do que ajudam a sua tarefa.

Não obstante a opinião positiva face à atitude de partilha, os médicos inquiridos tendem a sobrevalorizar a postura que, no geral, com ou sem partilha, transmita interesse e apoio pelo paciente. Apenas 13% discorda desta posição, sugerindo que conferem valor intrínseco à partilha, não a secundarizando face à postura. De facto, as respostas a outra questão corroboram esta leitura: 58% dos inquiridos discordam de que a atitude de simpatia e cordialidade, por parte do médico, substitua com vantagem a partilha de informação. E, embora 34% dos inquiridos concordem, no geral, com esta afirmação, apenas 8% manifestam concordância absoluta.

Por outro lado, a grande maioria dos inquiridos (79%) considera que a atitude do médico que, no geral, suscita colaboração e confiança tem uma incidência mais positiva no tratamento que a atitude de informar.

Em resumo, os resultados sugerem uma atitude francamente valorizadora da partilha de informação no conjunto dos médicos inquiridos. Não lhe conferindo um valor apriorístico, universal e acrítico, estabelecem limitações e modulações consoante os casos e dependendo, no geral, da avaliação que os próprios médicos fazem das necessidades cognitivas dos pacientes. Os resultados sugerem que a atitude de parti-

lha não tem o valor de um fim em si mesmo, pelo menos para a maioria dos inquiridos, e que os médicos tendem a relativizar essa atitude no seio de uma atitude mais geral que transmita interesse e confiança no médico. E dentro desta relativização, ou apesar dela, os resultados sugerem o reconhecimento de necessidades cognitivas reais nos pacientes que a cordialidade e simpatia do médico não iludem.

3.4.2. Práticas autodescritas

A 2ª parte do questionário, utilizando a mesma metodologia, com respostas numa escala de 1 a 4 (nula, raramente, frequentemente, sempre), procura averiguar a frequência de certo tipo de práticas.

Considerando que a atitude de partilha da informação se insere numa estratégia mais vasta de partilha de responsabilidade e abertura relacional, estão incluídas questões sobre estes diferentes aspectos. Salientamos o quadro geral.

3.4.2.1. Abertura relacional

Os inquiridos descrevem práticas que vão, globalmente, no sentido de uma relação mais aberta, mais próxima e partilhada. De facto, os resultados assim o sugerem.

Mais de 53% dos médicos referem expressar as suas dúvidas, ao paciente, quando estas surgem.

Mais de 60% dos inquiridos referem práticas que vão no sentido de 1) estimular o leque de queixas, 2) clarificar os sentimentos contidos na verbalização do doente. Mais de 55% monitorizam habitualmente os seus próprios sentimentos face ao paciente. Finalmente, mais de 63% afirmam procurar estimular as condições relacionais adequadas à verbalização espontânea das queixas dos doentes.

3.4.2.2. Partilha de informação

A grande maioria dos médicos inquiridos autodescreve práticas de partilha, nomeadamente informando sobre:

- Outras terapêuticas (59% frequentemente, 32% sistematicamente)

- Duração do tratamento (66% frequentemente, 27% sistematicamente)
- Riscos evolutivos (61% frequentemente, 35% sistematicamente)
- Riscos de terapêutica (54% frequentemente, 28% sistematicamente).

Deste conjunto de respostas relativamente consensuais salientemos, pela negativa, as seguintes:

A maioria raramente ou nunca pratica estilos directivos na condição da entrevista. No entanto, 38% dos inquiridos raramente expressam as suas dúvidas aos pacientes. Trinta e cinco por cento dos inquiridos só raramente convocam ou envolvem a família dos pacientes no processo terapêutico e 28% dos inquiridos só raramente estão atentos às reacções e sentimentos desencadeados em si próprios pelos pacientes.

3.5. MODALIDADES DE PARTILHA SEGUNDO O DIAGNÓSTICO

3.5.1. O diagnóstico e a partilha

Inquiridos os médicos da amostra global relativamente às seis situações diagnósticas tipificadas, a análise das respostas revela que, no geral, frequentemente informam os seus pacientes sobre a natureza da afecção (quadro IV), sendo esta prática sistemática nas situações de:

- Diabetes tipo II (86%)
- Asma Brônquica (76%)
- Cólon Irritável (62%)
- Doença Coronária (63%)
- Depressão Reactiva (44%)

A maioria dos inquiridos nunca ou raramente comunica o diagnóstico de Neoplasia de evolução fatal (52%).

Estes dados são congruentes com o facto de que apenas nas duas últimas situações (Neoplasia e Depressão) se descrevem práticas de omissão sistemática, respectivamente em 11% e 3% dos inquiridos.

QUADRO IV

Situação Diagnóstica	PRÁTICAS					
	DE OMISSÃO		N1	DE PARTILHA		N2
	Sistemática	Tendencial		Sistemática	Tendencial	
Diabetes			0	10 - 14%	60 - 86%	70
Neoplasia	8 - 11%	29 - 41%	37	31 - 44%	3 - 4%	34
Doença Coronária			0	26 - 37%	44 - 63%	70
Depressão	2 - 3%	7 - 10%	9	30 - 43%	31 - 44%	61
Cólon Irritável		5 - 7%	5	22 - 31%	44 - 62%	66
Asma		3 - 4%	3	14 - 20%	54 - 76%	68

Colocamos a questão de que estas duas situações contêm elementos organizadores de representação peculiares e distintas, nos médicos, face às restantes patologias, que procuraremos esclarecer na análise das respostas seguintes.

ASMA

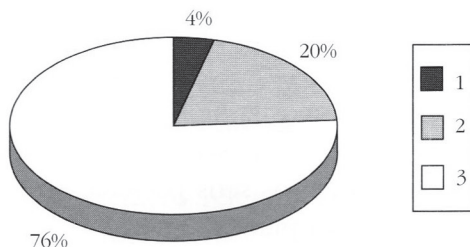


Gráfico 7: Práticas de: 1 - Omissão tendencial; 2 - Partilha sistemática; 3 - Partilha tendencial

DIABETES

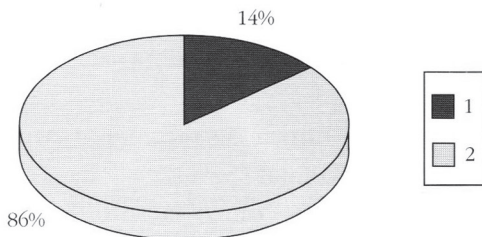


Gráfico 8: Práticas de partilha: 1 - Sistemática; 2 - Tendencial

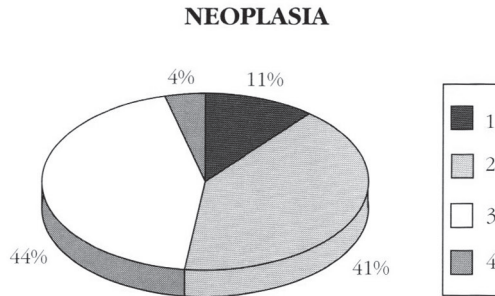


Gráfico 9: Práticas de: **1** – Omissão sistemática; **2** – Omissão tendencial; **3** – Partilha sistemática; **4** – Partilha tendencial

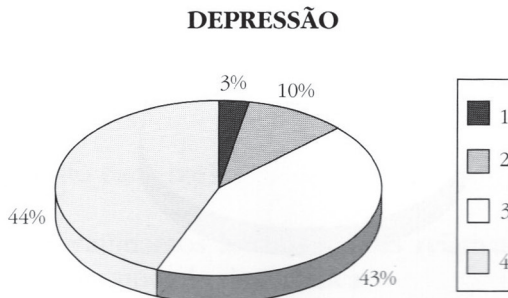


Gráfico 10: Práticas de: **1** – Omissão sistemática; **2** – Omissão tendencial; **3** – Partilha sistemática; **4** – Partilha tendencial

3.5.2. Comunicação do diagnóstico (*timing*)

A grande maioria dos médicos (entre 96% na Diabetes e 67% na Depressão) transmite o diagnóstico na consulta em que o obtém ou confirma, com exceção da situação neoplásica, cuja comunicação, quando ocorre, privilegia a consulta subsequente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

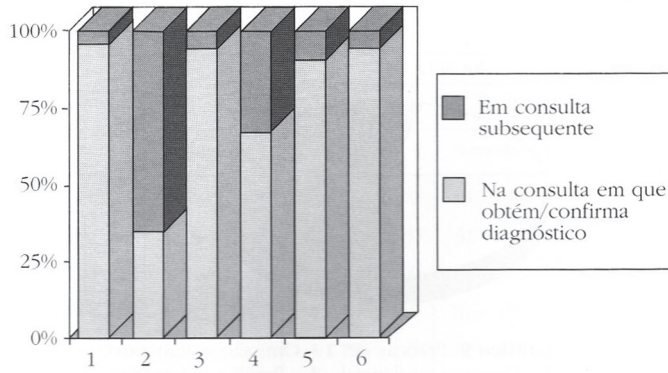


Gráfico 11: 1 – Diabetes; 2 – Neoplasia; 3 – Doença Coronária; 4 – Depressão; 5 – Cólon Irritável; 6 – Asma

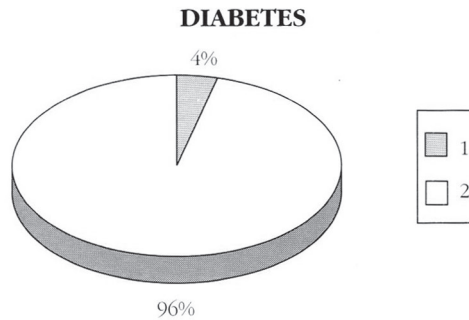


Gráfico 12: 1 – Em consulta subsequente; 2 – Na consulta em que obtém/confirma o diagnóstico



Gráfico 13: 1 – Em consulta subsequente; 2 – Na consulta em que obtém/confirma o diagnóstico

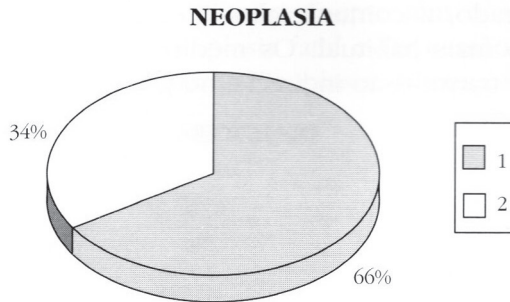


Gráfico 14: 1 – Em consulta subsequente;
2 – Na consulta em que obtém/confirma o diagnóstico

3.5.3. Forma de partilha

Investigámos as seguintes modalidades de partilha de informação:

- a) Espontânea:
 - directa
 - indirecta (recorrendo a imagens e analogias)
- b) A pedido (do paciente)

No quadro V discriminamos as frequências relativas de cada uma destas modalidades por entidade diagnóstica.

QUADRO V

Patologia	MODALIDADE DE PARTILHA (forma)		
	ESPONTÂNEA		A PEDIDO
	Directa	Indirecta	
Diabetes	30%	69%	1%
Neoplasia	8%	67%	25%
Doença Coronária	27%	67%	6%
Depressão	32%	51%	17%
Cólon Irritável	38%	52%	10%
Asma	50%	43%	7%

Como esperado, a comunicação directa do diagnóstico não é o comportamento mais habitual. Os médicos inquiridos privilegiam as modalidades de transmissão indirecta, no geral, excepto, curiosamente, na Asma Brônquica.

DIABETES

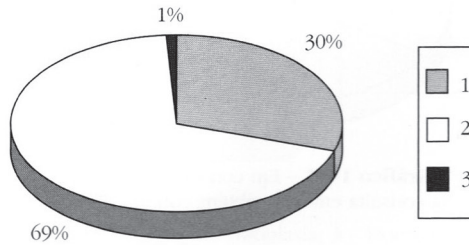


Gráfico 15: Partilha: **1** – Espontânea directa; **2** – Espontânea indirecta; **3** – A pedido

ASMA

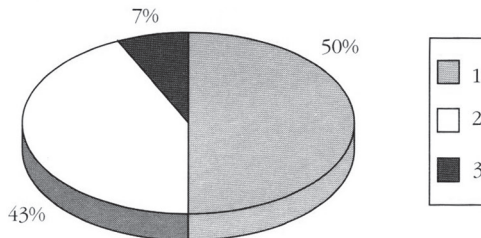


Gráfico 16: Partilha: **1** – Espontânea directa; **2** – Espontânea indirecta; **3** – A pedido

DOENÇA CORONÁRIA

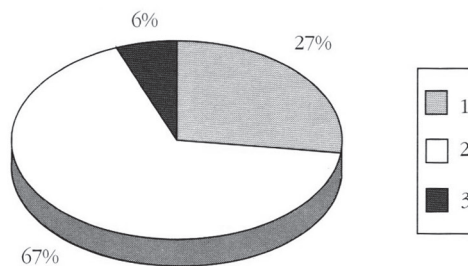


Gráfico 17: Partilha: **1** – Espontânea directa; **2** – Espontânea indirecta; **3** – A pedido

Os esclarecimentos a pedido do doente têm o seu máximo de expressão nas situações de Neoplasia fatal e Depressão, mas enquanto que a transmissão directa é rara na Neoplasia, é comum na Depressão.

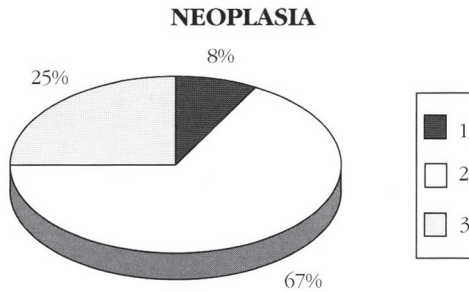


Gráfico 18: Partilha: **1** – Espontânea directa; **2** – Espontânea indirecta; **3** – A pedido

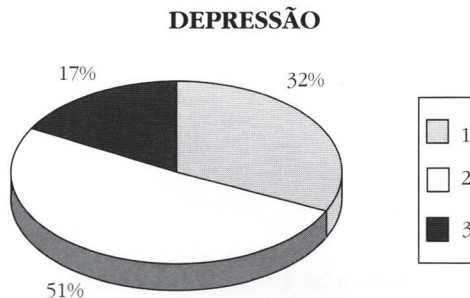


Gráfico 19: Partilha: **1** – Espontânea directa; **2** – Espontânea indirecta; **3** – A pedido

3.5.4. Motivos de omissão

Para a análise dos motivos de omissão do diagnóstico considerámos os seguintes itens:

- a) Esquecimento
- b) Procedimento irrelevante
- c) Procedimento errado
- d) Dificuldade pessoal
- e) Outros motivos

Quando inquiridos sobre a razão porque, em cada situação, os médicos não informam o paciente sobre a natureza do diagnóstico,

constatamos (quadro VI) que, no conjunto, as principais razões de omissão apontadas são:

- Dificuldade pessoal (19)
- Procedimento errado (14)

Catorze dos inquiridos, nesta situação, apontaram para a omissão, explicitando necessidade de preparar o doente e/ou o seu meio familiar (Neoplasia, Doença Coronária, Asma e Depressão).

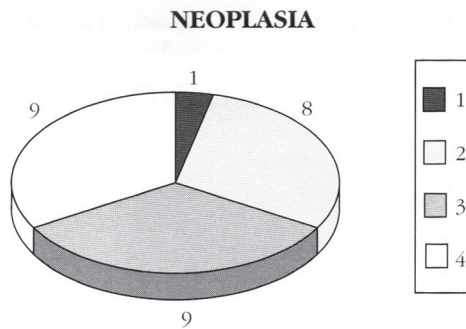


Gráfico 20: 1 - Irrelevante; 2 - Errado; 3 - Dificuldade pessoal; 4 - Outros

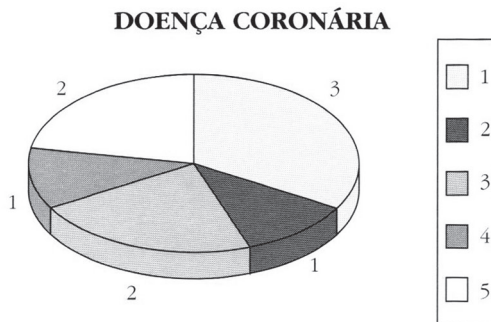


Gráfico 21: 1 - Esquecimento; 2 - Irrelevante; 3 - Errado; 4 - Dificuldade pessoal; 5 - Outros

DEPRESSÃO

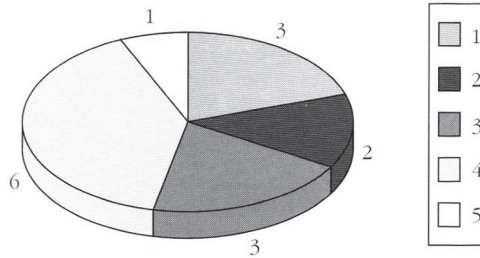


Gráfico 22: 1 – Esquecimento; 2 – Irrelevante; 3 – Errado; 4 – Dificuldade pessoal; 5 – Outros

ASMA

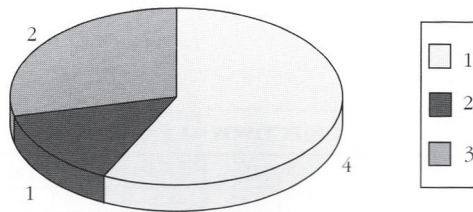


Gráfico 23: 1 – Esquecimento; 2 – Irrelevante; 3 – Outros

Para estes resultados contribuem decisivamente os diagnósticos de Neoplasia de evolução fatal e Depressão (taxa de não-respostas superior a 88% nos outros diagnósticos).

QUADRO VI

Patologia	MOTIVOS DE OMISSÃO					Não Responde
	Esquecimento	Irrelevante	Errado	Dificuldade Pessoal	Outros	
Diabetes	3			2		66
Neoplasia		1	8	9	9	42
Doença Coronária	3	1	2	1	2	62
Depressão	3	2	3	6	1	55
Cólon Irritável	3	4	1	1		62
Asma	4	1			2	64

3.5.5. Objectivos da partilha

Procurámos investigar os objectivos que presidem à estratégia do médico de informar o paciente nestas diferentes situações diagnósticas.

Considerámos as seguintes categorias de objectivos:

- a) Acalmar o doente
- b) Facilitar a integração do doente na situação diagnóstica
- c) Garantir maior aderência ao tratamento
- d) Permitir que o doente assuma o papel (mais) activo no processo terapêutico.

O quadro VII revela-nos a importância de cada um destes objectivos em cada situação diagnóstica.

QUADRO VII*

Diagnóstico	OBJECTIVOS DA PARTILHA								Não Responde
	Acalmar		Integrar		Aderência		Papel Activo		
	1.º	2.º	1.º	2.º	1.º	2.º	1.º	2.º	
Diabetes	28%	13	17%	15	19%	24	36%	14	0
Neoplasia	50%	10	34%	21	5%	12	11%	17	8
Doença Coronária	32%	6	17%	20	31%	24	20%	18	0
Depressão	31%	10	32%	20	6%	21	31%	14	1
Cólon Irritável	49%	12	16%	18	11%	19	24%	18	0
Asma	46%	8	11%	17	26%	24	17%	18	0

* 1º objectivo principal (percentagem de inquiridos)

2º objectivo principal (número de inquiridos)

Destacamos:

A Diabetes, situação em que os inquiridos privilegiam o objectivo de conferir ao paciente um papel mais activo (36%) (gráfico 24).

Na Doença Coronária, os objectivos prioritários da atitude de partilha são dois, visando, na mesma percentagem de inquiridos, tranquilizar o doente (32%) e garantir a aderência (31%) ao regime terapêutico (gráfico 25).

DIABETES

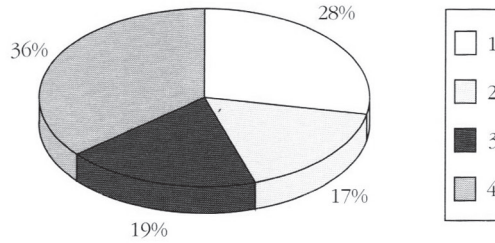


Gráfico 24: 1 – Acalmar; 2 – Integrar; 3 – Aderência; 4 – Papel activo

DOENÇA CORONÁRIA

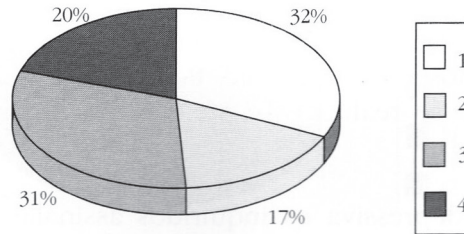


Gráfico 25: 1 – Acalmar; 2 – Integrar; 3 – Aderência; 4 – Papel activo

Em situações tão diversas como na Neoplasia fatal, no Cólon Irritável e na Asma Brônquica, o primeiro objectivo assinalado é comum à maioria dos inquiridos – tranquilizar o doente.

NEOPLASIA

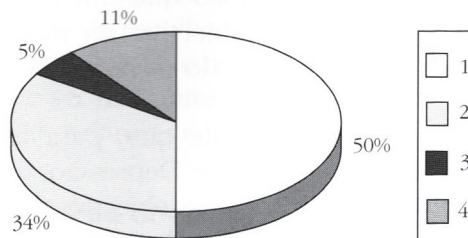


Gráfico 26: 1 – Acalmar; 2 – Integrar; 3 – Aderência; 4 – Papel activo

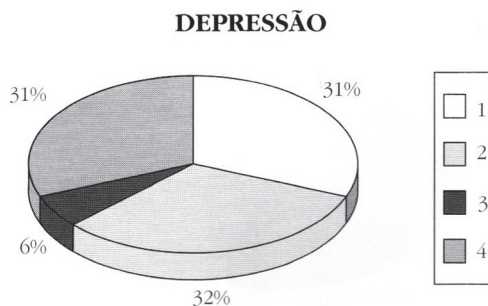


Gráfico 27: 1 – Acalmar; 2 – Integrar;
3 – Aderência; 4 – Papel activo

Este resultado é curioso já que sugere que, mesmo na situação neoplásica, os inquiridos tendem a atribuir um efeito de alívio à comunicação do diagnóstico ao paciente. Podemos perguntar-nos, contudo, em que vertente se realiza esse efeito – no doente ou no próprio médico?!

Na situação depressiva os inquiridos assinalam de forma semelhante três distintos objectivos da partilha:

- integrar o doente na situação que o afecta (32%);
- tranquilizá-lo (31%);
- levá-lo a assumir um papel mais activo (31%).

Sendo a inibição e o desinvestimento, sintomas característicos da depressão, não deixa de ser curioso que um grupo significativo de inquiridos eleja como principal objectivo da partilha, justamente, a adopção de um papel mais activo, do paciente, no processo terapêutico.

Salientamos, também, o facto de que, para os inquiridos desta amostra, nas situações de Neoplasia e Depressão, apenas a “aderência ao tratamento”, não se constitui como objectivo relevante. Na análise do segundo objectivo principal, a “aderência” mantém-se objectivo sem expressão na Neoplasia, mas torna-se o segundo objectivo principal na Depressão.

NEOPLASIA

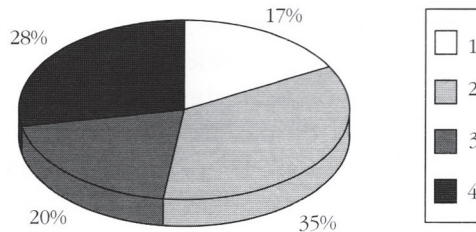


Gráfico 28: 1 – Acalmar; 2 – Integrar; 3 – Aderência; 4 – Papel activo

DEPRESSÃO

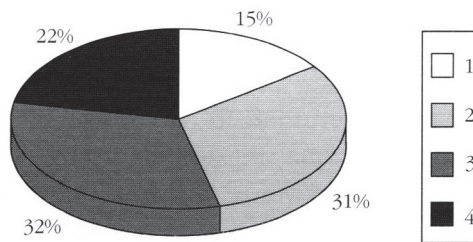


Gráfico 29: 1 – Acalmar; 2 – Integrar; 3 – Aderência; 4 – Papel activo

A “aderência” surge ainda como segundo objectivo principal nas situações de Diabetes, Doença Coronária, Asma Brônquica (quadro VII).

Na Neoplasia, o segundo objectivo principal da partilha visa promover “a integração do paciente na situação diagnóstica”.

No geral, é apenas ao nível da análise do objectivo principal que emergem distintamente as situações de Neoplasia e Depressão, como condicionando a atitude de partilha.

A análise do segundo objectivo mostra que as diferenças anteriores se atenuam, deixando de ser relevantes. Constituem, no entanto, dado complementar que permite esclarecer o sentido das estratégias dos médicos.

3.5.6. Representação da doença e atitude de partilha

Estes resultados permitem-nos salientar situações diagnósticas com incidência na atitude de partilha, condicionando-a fortemente, como

acontece na situação de Neoplasia fatal e, menos acentuadamente, na situação de Depressão.

As modalidades de partilha são distintas e podem ser discriminadas em função do diagnóstico. Os inquiridos divergem quanto às razões assinaladas para justificar a omissão, bem como quanto aos objectivos visados, o *timing* e a forma de partilha. No geral, a situação de Neoplasia fatal, presumivelmente por anunciar uma morte mais ou menos próxima, leva a que os médicos tendam a omitir o diagnóstico por dificuldade pessoal, necessidade de preparar o doente e meio familiar, ou inclusive, por considerarem errado comunicá-lo ao paciente. Quando o comunicam é habitualmente de forma indirecta e a pedido do paciente, com o objectivo de o “acalmar”. O segundo objectivo visado na partilha – “integrar” – sugere que se trata de uma tranquilização em função das necessidades cognitivas e emocionais do paciente, embora não se possa excluir o alívio tensional do próprio médico.

Estes dados sugerem que o prognóstico e natureza da doença joguem papel de relevo na estruturação da representação particular que cada médico se faz de cada uma das diferentes entidades diagnósticas.

Sugerem, também, que o acto de informar ou não o paciente pode constituir dilema e fonte de tensões para o médico, condicionando a sua atitude. Estes dados traduzem, quanto a nós, a necessidade de encontrar pistas de reflexão e modos de lidar com este fenómeno.

Outras situações que comportam, frequentemente, risco de vida, evocando representações peculiares na pessoa do médico, tais como a Doença Coronária e a Asma Brônquica, revelam, nos inquiridos, diferentes modalidades de partilha – directa na Asma, indirecta na Doença Coronária. Os objectivos visados na partilha não diferem nestas duas situações.

Doenças cujo risco é menor ou se faz sentir predominantemente *à la longue*, tais como o Cólon Irritável e a Diabetes, permitem identificar nos inquiridos, modalidades semelhantes de partilha e omissão, *timing* e forma, distinguindo-se, contudo, ao nível dos objectivos visados: “papel mais activo do paciente” na Diabetes, “tranquilização” no Cólon Irritável.

Constata-se que, na Depressão, a modalidade de partilha nos inquiridos, obedece a um padrão singular, distinto dos restantes e próximo, em alguns aspectos, do que ocorre na Neoplasia. A Depressão é o segundo diagnóstico menos revelado pelos inquiridos a seguir à Neoplasia. A principal razão é, de forma similar, “dificuldade pessoal”.

O risco de suicídio e a natureza psicológica desta patologia pode explicar esta dificuldade. Aliás, a “integração do doente na situação diagnóstica” – objectivo claramente psicológico – é o único item que mantém elevado índice de referências na análise conjunta dos dois objectivos principais da partilha.

A forma de partilha, em ambas as situações, é principalmente indirecta. Os objectivos visados são, no entanto, mais abrangentes na Depressão – acalmar, integrar e potencializar o papel do próprio doente.

3.5.7. Estratégias relacionais

Procurámos abordar o papel da partilha na estratégia relacional do médico.

Inquiridos sobre a importância atribuída à atitude de partilha, em termos do benefício para o doente, por um lado, e para a relação médico-doente, por outro, as respostas revelam-nos que os médicos da amostra consideram que o benefício é importante nos dois casos mas principalmente para a relação:

- muito importante para a relação (66%)
- muito importante para o doente (55%)

Inquiridos sobre a sua atitude, no caso do doente reticente à proposta terapêutica, verifica-se que:

- a maioria (56%) tende a abordar as dúvidas do paciente
- 32% procuram clarificar o seu ponto de vista sobre a situação
- apenas 8% dos inquiridos assumem uma postura directiva ou remetem para o doente a responsabilidade em aderir ou não à sua proposta.

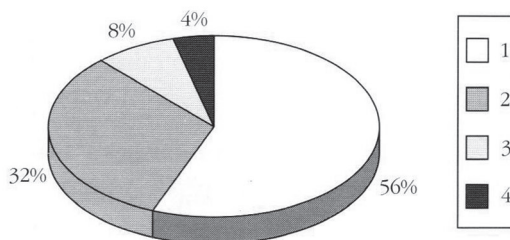


Gráfico 30: 1 – Aborda dúvidas; 2 – Clarifica; 3 – Impõe/responsabiliza; 4 – Outros

Estes dados, sugerem o predomínio, entre os médicos da amostra, de estilos abertos e participados, na condução das consultas, assentes no diálogo e na partilha com os seus pacientes.

3.5.8. Tendências à partilha

Procurámos determinar um índice – tendência à partilha –, tendo em conta as respostas dos médicos às questões centrais da primeira parte do questionário, no sentido de agrupar os inquiridos segundo a sua atitude dominante face à partilha. A construção deste índice visa um segundo objectivo – operacionalizar a verificação das hipóteses de trabalho. Para tal procedemos a uma validação deste índice mediante uma fundamentação analítica do seu comportamento face a resultados, distintos, obtidos.

Neste sentido, relacionámos as respostas sobre a situação diagnóstica – Neoplasia fatal e testámos pela análise de variâncias (teste F) a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos definidos de tendência à partilha e o item “informa/não informa”. Se os subgrupos divergirem de forma estatisticamente significativa, a um nível de erro de 5%, consideramos satisfeita a condição empírica e analítica que fundamente a utilização do índice – tendência à partilha – na verificação das hipóteses de trabalho.

3.5.8.1. Selecção das questões definidoras do índice tendência à partilha

Esta selecção obedece, como referido (metodologia), a critérios de relevância e pertinência face ao objecto de estudo. No geral, o seu conteúdo e formulação, problematizam a questão da necessidade do paciente em ser informado da sua situação clínica, procedimentos terapêuticos, efeitos da medicação, etc.

Questão nº 5 – O médico deve limitar-se a transmitir essencialmente, além do regime de prescrição (nº de tomas, doses e duração), os possíveis efeitos colaterais da medicação.

Questão nº 6 – A necessidade de informação do paciente sobre a situação e tratamento constitui um falso problema na maioria dos casos.

Questão nº 8 – O conhecimento do processo fisiopatológico é uma questão que só diz respeito ao médico, pois a sua finalidade consiste em viabilizar uma estratégia terapêutica.

Questão nº 9 – Os doentes muito informados sobre o seu estado mórbido e os tratamentos possíveis complicam mais do que ajudam a tarefa do médico.

Os resultados foram os seguintes (quadro VIII).

QUADRO VIII

Questão n.º	Discordância Absoluta		Discordância Relativa		Concordância Relativa		Concordância Absoluta	
5	6	9%	34	49%	26	37%	4	6%
6	11	6%	45	63%	13	18%	2	3%
8	16	23%	43	61%	9	13%	3	4%
9	7	10%	33	47%	27	38%	4	6%

3.5.8.2. Fundamentação analítica

O estudo das correlações entre as respostas à 1ª parte do questionário, permite-nos fundamentar a adequação das quatro questões seleccionadas para a construção do índice – *tendência à partilha*.

3.5.8.2.1. Correlação das respostas às questões, uma a uma, com o score global da 1ª parte do questionário

Dos resultados (quadro X) destacamos:

- Nove das dez questões estão altamente correlacionadas ($P \leq 0,001$) com o *score* global
- Apenas a questão nº 2 apresenta uma correlação não significativa ($r = -0,0634$; $P > 0,01$).

3.5.8.2.2. Correlação das questões, duas a duas

Calculámos o coeficiente de correlação (r) entre a totalidade dos pares de questões e obtivemos um r significativo em sete pares (quadro IX).

QUADRO IX

Questão n.º	Questões Correlacionadas	Correlação com <i>score</i> global
1	10*	**
2	9*	
3	4**	**
4	3**	**
5	7**	**
6	10**	**
7	10**	**
8	9** 10**	**
9	2* 8** 10**	**
10	1* 6** 7** 8** 10**	**

* P ≤ 0,01
** P ≤ 0,001

Constatamos que a questão nº 10 se correlaciona, significativamente, com metade das questões e com o *score* global da 1ª parte do questionário. Seguem-se as questões nº 9 e 8 que se correlacionam, respectivamente, com três e duas questões.

3.5.8.2.3 *Correlação das quatro questões seleccionadas com o score total do bloco de questões (1ª parte do questionário)*

Constatamos que existe uma correlação muito significativa $r = 0,83$ ($P < 0,001$): A utilização deste índice traduz uma perda de informação mínima relativamente ao bloco de questões.

Estes dados permitem-nos concluir que a grande maioria das questões contribui, de forma significativa, para o *score* global, não perdendo o seu peso específico pois, no geral, as correlações entre as respostas às questões constituintes – duas a duas – são baixas e não significativas, à excepção das referidas.

As questões seleccionadas, como podemos constatar, estão no seu conjunto correlacionadas com o *score* global, de forma muito significativa ($r = 0,83$; $P < 0,001$).

Por outro lado, apenas duas (8 e 9) estão correlacionadas entre si, concluindo-se que a 5, 6 e 8 ou 5, 6 e 9 têm pesos específicos na determinação do índice – *tendência à partilha*.

QUADRO X

Correlações	Total	1	2	3	4	5
Total	1,0000	0,4191**	-0,0634	0,3832**	0,4931**	0,4505**
1	0,4191**	1,0000	-0,0845	0,0100	-0,0230	0,1396
2	-0,0634	-0,0845	1,0000	0,0498	-0,1276	-0,2078
3	0,3832**	0,0100	0,0498	1,0000	0,4333**	-0,0370
4	0,4931**	-0,0230	-0,1276	0,4333**	1,0000	0,0409
5	0,4505**	0,1396	-0,2078	-0,0370	0,0409	1,0000
6	0,5209**	0,1214	-0,1293	-0,0060	0,2285	0,2233
7	0,5684**	0,2497	-0,1628	0,1878	0,2299	0,3678**
8	0,6184**	0,1391	-0,0809	0,1276	0,1202	0,1735
9	0,6295**	0,2325	-0,2968	0,0142	0,2683	0,1270
10	0,7331**	0,2795	-0,1610	0,1113	0,2007	0,2750

Correlações	6	7	8	9	10
Total	0,5209**	0,5684**	0,6184**	0,6295**	0,7331**
1	0,1214	0,2497	0,1391	0,2325	0,2795*
2	-0,1293	-0,1628	-0,0809	-0,2968	-0,1610
3	-0,0060	0,1878	0,1276	0,0142	0,1113
4	0,2285	0,2299	0,1202	0,2683	0,2007
5	0,2233	0,3678**	0,1735	0,1270	0,2750
6	1,0000	0,1206	0,2076	0,2750	0,4156**
7	0,1206	1,0000	0,1515	0,2330	0,3751**
8	0,2076	0,1515	1,0000	0,5373**	0,4681**
9	0,2750	0,2330	0,5373**	1,0000	0,4543**
10	0,4156**	0,3751**	0,4681**	0,4543**	1,0000

Minimum pairwise N of cases: 69; 1 – tailed Signif: * -0,01 ** -0,001

3.5.8.3. Normalidade dos scores obtidos pela aplicação do índice (tendência à partilha)

Testámos a normalidade da distribuição dos scores obtidos, pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, cujo resultado $P = 0,101$, não rejeita a hipótese nula, isto é, a normalidade da distribuição. Este resultado viabiliza a utilização dos testes paramétricos na verificação das hipóteses de trabalho.

3.5.8.4. Construção do índice (tendência à partilha)

Para efeitos analíticos as quatro questões seleccionadas ficam, assim, constituindo o índice *tendência à partilha*.

Para efeitos descritivos, tendo em atenção os *scores* máximo e mínimo (soma de *scores* respectivamente 16 e 4), correspondendo, inversamente, à tendência mínima e máxima à partilha, agrupamos os *scores*, como referido anteriormente, em torno da média (10).

O quadro XI descreve a distribuição dos inquiridos em função dos *scores* obtidos na aplicação do índice.

QUADRO XI

Soma dos <i>scores</i>	f	%
≤ 8	33	47,1
9 – 11	31	44,3
≥ 12	6	8,6

Em termos descritivos podemos constatar o predomínio, nos médicos inquiridos, da atitude valorizadora da partilha.

3.5.8.5. Validação empírica do índice determinado

No sentido de validar a utilização de um tal índice, procuramos testar as diferenças estatísticas entre os subgrupos definidos, respectivamente, pelo índice e pelas atitudes autodescritas de revelação (ou não) do diagnóstico na situação “Neoplasia de evolução fatal”.

A razão deste procedimento é de duas ordens:

- As respostas a esta questão diagnóstica dividem, claramente, os inquiridos
- O apuramento de um índice ou tendência à partilha, baseado em respostas opinativas, terá valor muito relativo se não confrontado com a observação dos factos ou com respostas descritivas, distintas e fiáveis, que se aproximem do factual.

As respostas às situações de Neoplasia de evolução fatal não têm valor meramente opinativo, é-lhes conferido, no presente trabalho, valor descritivo.

Resultados:

Tendência à partilha/revelação do diagnóstico (Neoplasia)
Análise de variâncias (F):

$F = 14,1898$ $P = 0,0003$

(Variâncias homogêneas. Teste de *Bartlett Box* $F = 0,707$;
 $P = 0,40$).

Como esperado, verifica-se existirem diferenças estatísticas, muito significativas, entre os grupos considerados.

Concluimos que o comportamento deste índice descreve, muito satisfatoriamente, na amostra presente, a atitude de partilha.

Esta validação empírica e analítica permite-nos utilizar, com relativa segurança, o índice – *tendência à partilha* –, nos propósitos deste trabalho.

3.6. FACTORES ASSOCIADOS À TENDÊNCIA À PARTILHA

3.6.1. Diagnóstico

O diagnóstico é, habitualmente, considerado um dos factores que mais condicionam a atitude de partilha. Esta ideia é corroborada neste estudo.

De entre as situações diagnósticas destaca-se a “Neoplasia de evolução fatal”, dividindo os inquiridos:

- 11,3% nunca o revelam
- 40,8% revelam-no raramente
- 43,7% revelam-no frequentemente
- 4,2% revelam-no sistematicamente

No global, a maioria dos médicos inquiridos (52,1%) tende a não revelar este diagnóstico.

Como verificado anteriormente, existe associação, estatisticamente significativa, entre a tendência à partilha e a revelação deste diagnós-

tico. Isto é, o diagnóstico condiciona a partilha e este condicionamento é maior nos médicos inquiridos com menor tendência à partilha.

Analisando as correlações entre as diferentes respostas dos inquiridos à questão “revela ou não o diagnóstico”, nas seis situações consideradas (quadros XII e XIII), confirmamos que a situação “Neoplasia” se isola das restantes, não se correlacionando com nenhuma das demais. Destaque, também, para a Doença Coronária que se correlaciona com outros quatro diagnósticos.

QUADRO XII

Diagnóstico	Correlações	
Diabetes	D. Coronária (0,2892)*	
Neoplasia		
Doença Coronária	Depressão (0,6218)**	Cólon Irrit. (0,3577)*
	Diabetes (0,2892)*	Asma (0,3424)*
Depressão	D. Coronária (0,6218)**	
Cólon Irritável	Asma (0,4947)**	D. Coronária (0,3577)*
Asma	Cólon Irrit. (0,4947)**	D. Coronária (0,3424)*

QUADRO XIII

Correlações	Diabetes	Neoplasia	D. Coronária	Depressão	Cólon Irrit.	Asma
Diabetes	1,0000	0,1172	0,2892*	0,0607	0,0000	0,1307
Neoplasia	0,1172	1,0000	0,1276	0,1862	0,0716	0,1283
Doença Coronária	0,2892*	0,1276	1,0000	0,6218**	0,3577*	0,3424*
Depressão	0,0607	0,1862	0,6218**	1,0000	0,2741	0,2697
Cólon Irritável	0,0000	0,0716	0,3577*	0,2741	1,0000	0,4947**
Asma	0,1307	0,1283	0,3424*	0,2697	0,4947**	1,0000

Minimum pairwise N of cases: 69; 1 – tailed Signif: * –0,01 ** –0,001

3.6.2. Outros factores associados

Procurámos averiguar a relação entre a tendência à partilha e outras variáveis (quadro XIV), concluindo que, nesta amostra, a tendência à partilha não varia com o sexo, idade, região e anos de prática.

Considerámos, também, alguns agrupamentos dos inquiridos quanto ao regime de trabalho, categoria profissional e dispor ou não de outra especialidade. Nomeadamente, pretendemos averiguar se algumas das características seguintes correspondiam a elementos liga-

dos à atitude de partilha – exercer em regime de exclusividade ou não; pertencer à carreira de clínica geral ou ser proveniente dos ex-SMS; possuir ou não uma (outra) especialidade médico-cirúrgica.

A conclusão é que, na amostra presente, a atitude de partilha é independente de cada uma destas variáveis. Este resultado não é inesperado já que, nos pressupostos deste trabalho, as atitudes radicam nas representações – enquanto referências particulares orientadoras da acção. E para a construção dos modelos representacionais contarão, porventura, outros tipos de variáveis, justamente aquelas mais ligadas aos contextos formativos e percursos de vida.

QUADRO XIV – Tendência à Partilha / outras variáveis (*One Way Anova*)

Variável	Subgrupos	Médias	D. P.	Teste Bartlett Box	F	P	
Região	1 – Algarve	8,5714	2,2488	1,608 P= 0,209	0,7253	0,3974	NS
	2 – Lisboa	9,0000	1,7795				
Idade (escalões)	≤ 36	9,0870	1,3455	2,395 P= 0,091	1,3223	0,2736	NS
	34 - 40	8,2381	2,1887				
	≥ 41	8,9167	1,8631				
Anos de Prática	≤ 7	9,1200	1,5631	1,268 P= 0,282	1,5603	0,2177	NS
	8 - 10	8,2727	2,1643				
	≥ 11	9,1818	2,0386				
Outra Especialidade	sim	8,8824	1,7636	0,155 P= 0,694	0,2109	0,6477	NS
	não	8,6383	1,9159				
Revelação do Diagn. Neo	sim	8,0303	1,8955	0,707 P= 0,400	14,1898	0,0003	S
	não	9,6216	1,6390				
Sexo*	F	9,0000	1,5146	5,739 P= 0,017	F=0,2517 U= 538,0	0,6175 0,4863	NS
	M	8,7647	2,3102				
Regime	s/ exclusiv.	8,8372	1,8636	0,308 P= 0,579	0,0347	0,8528	NS
	exclusivid.	8,9259	2,0555				
Categ. Prof.	ex-SMS	9,5000	1,6525	0,599 P= 0,439	1,7309	0,1928	NS
	CG	8,7455	1,9741				

* – Confirmação pelo teste *Mann Whitney U* (condições de não aplicabilidade de *F*)

3.7. ATITUDE DE PARTILHA E SEUS OBJECTIVOS

Procurámos averiguar a relação existente entre a atitude de partilha do diagnóstico e os objectivos visados, no conjunto das seis situações consideradas.

A emergência de atitudes diferenciadas nos médicos inquiridos, com destaque para as respostas à situação “Neoplasia” e a posição,

aparentemente, intermédia das respostas à situação “Depressão”, relativamente às restantes, levou-nos a considerar uma análise multivariada no sentido de apurar “doenças semelhantes” face às atitudes dos inquiridos – revelar ou não o diagnóstico e objectivos visados.

Para tal recorreremos a uma análise dos *cluster* construindo, numa 1ª fase, uma matriz (quadro XV) onde se registaram, para cada situação diagnóstica, as percentagens de respostas positivas a cada uma das alternativas ao item “objectivos” (questão nº 5 da 3ª parte do questionário – considerando, apenas, o primeiro objectivo principal) e a percentagem de respostas positivas à questão “revela/não revela o diagnóstico” (questão nº 1 da 3ª parte do questionário – considerando, apenas, as respostas “frequentemente” ou “sempre”).

QUADRO XV

Diagnóstico	Objectivos				Partilha
	Acalmar	Integrar	Aderência	Papel Activo	Revela a Doença
Diabetes	27,5	17,4	18,8	36,2	100,0
Neoplasia	11,4	44,3	30,0	4,3	47,9
Doença Coronária	31,4	15,7	32,4	19,7	100,0
Depressão	1,4	30,4	30,4	5,8	88,6
Cólon Irritável	48,6	14,3	11,4	25,7	94,4
Asma	45,7	10,0	25,7	18,6	97,2

A análise dos *cluster* revelou-nos os seguintes coeficientes de aglomeração dos diagnósticos em cada passo (quadro XVI).

QUADRO XVI

Passos	Cluster Combinados		Coeficientes
	1	2	
1	D. Coronária	Asma	1,488275
2	Diabetes	Cólon Irritável	2,999731
3	Neoplasia	Depressão	5,563892
4	Diabetes	D. Coronária	7,821194
5	Diabetes	Neoplasia	23,091875

O dendograma revela-nos, de uma forma gráfica, a sequência de reuniões dos diagnósticos a diferentes níveis (gráfico 32).

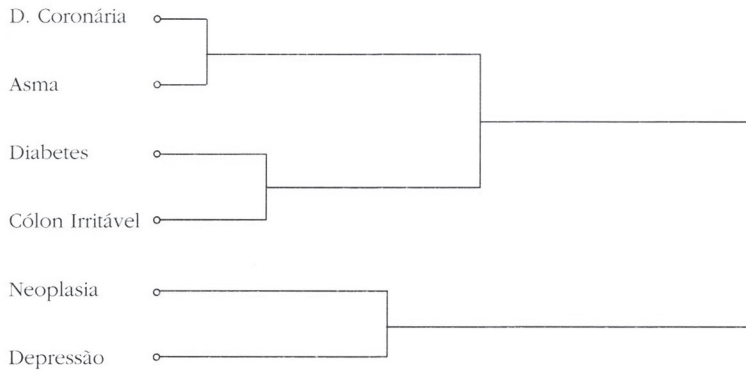


Gráfico 32: Dendograma

Constatamos, assim, que as atitudes de partilha dos médicos, quanto ao diagnóstico, conjugadas com os objectivos visados nessa partilha, quando analisadas no conjunto dos diagnósticos considerados, nos revelam diferentes grupos de “doenças semelhantes”.

Observamos, nomeadamente, que a Doença Coronária e a Asma se ligam, numa primeira fase, a Diabetes e a Cólón irritável numa segunda fase, e só por último a Neoplasia e a Depressão, confirmando o que suspeitávamos – a relativa proximidade e isolamento destas duas situações no imaginário representacional dos inquiridos.

Constatamos, também, que estes agrupamentos, na análise dos *cluster*, não reproduzem as correlações anteriormente referidas. Na verdade, a dimensão “objectivos” permitiu realçar outras relações de proximidade.

CONCLUSÕES

4. CONCLUSÕES

4.1. CONCLUSÕES DA PESQUISA

4.1.1. Valorização da atitude de partilha na população de inquiridos

Os médicos inquiridos revelam uma atitude francamente valorizadora da partilha da informação com os pacientes. Os resultados sugerem, contudo, que a atitude de partilha deve ser gerida caso a caso, de acordo com a avaliação que o médico faz das necessidades cognitivas, personalidade e natureza do problema de saúde do paciente.

Não lhe conferindo valor apriorístico, universal, de aplicação sistemática, as respostas dos inquiridos sugerem que a atitude de partilha não tem, intrinsecamente, o valor de um fim em si mesmo, mas sim valor instrumental ao nível da relação. Se a secundarizam neste contexto, não deixam contudo, de a distinguir, claramente, da atitude geral de simpatia e cordialidade, traduzindo, quanto a nós, o reconhecimento da existência de necessidades cognitivas específicas nos pacientes.

De facto, e apenas para exemplificarmos, mais de 90% dos inquiridos discordam da afirmação de que “a necessidade de informação do paciente sobre a situação e o tratamento constitua um falso problema”.

Por outro lado, a partilha de informação não deve circunscrever-se, para a grande maioria dos inquiridos, aos aspectos ligados ao regime prescrito e efeitos colaterais da medicação.

Esta posição maioritária nos inquiridos, como pudemos constatar, não é pontual. Existe uma comprovada coerência nas respostas às questões e, nomeadamente, nas quatro seleccionadas para a definição do índice *tendência à partilha*.

No geral, aferindo as atitudes de partilha e de omissão através deste índice, concluímos que predomina, claramente, a atitude de partilha nos médicos inquiridos (hipótese nº 1 verificada).

Como pudemos constatar, este resultado é coerente com as práticas autodescritas no geral (hipótese nº 2 verificada) e relativamente à reve-

lação da natureza do problema de saúde ao paciente, nas seis situações diagnósticas consideradas.

Tendo utilizado a “partilha de informação” como indicador da atitude geral de partilha (decisões, responsabilidades, tarefas e informação), estas constatações sugerem-nos que os médicos inquiridos privilegiam modelos de consulta aparentemente não directivos, de abertura ao diálogo e participativos.

Na ausência de uma componente de observação directa, estes dados indiciam uma tendência à atitude de partilha bem estabelecida mas não suficientemente aprofundada nos seus diferentes níveis, o que se justifica dada a natureza exploratória desta pesquisa.

4.1.2. Factores associados à atitude de partilha

Relativamente aos factores averiguados concluímos que, na amostra de inquiridos, apenas a natureza do diagnóstico mantêm uma relação estatisticamente significativa com as diferentes atitudes de partilha (hipótese nº 5 verificada).

A atitude de partilha não diverge com o sexo, o local de trabalho (região), a categoria profissional ou o regime de trabalho nos médicos inquiridos (hipótese nº 3 verificada).

Considerámos a hipótese de que os médicos dos escalões etários mais elevados e, conseqüentemente, com maior número de anos de prática, tivessem características mais conservadoras com atitudes mais tendentes à omissão que à partilha. Os resultados mostram que existe uma diferença mas que não é estatisticamente significativa na dimensão da amostra presente (hipótese nº 4 não verificada).

Estes resultados não surpreendem e sugerem que as características associadas à atitude de partilha sejam de outra ordem.

De facto, as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, região, etc.) não têm incidência significativa na atitude de partilha dos inquiridos. Pertencendo na sua maioria à mesma geração e tendo recebido uma formação relativamente comum, o sexo ou as razões que os levaram, por exemplo, a optar por um regime de trabalho normal ou em exclusividade, não parecem reunir poder explicativo suficiente da tendência à partilha. Admitimos que são outras variáveis, sobretudo o tipo de educação sócio-familiar e percursos de vida, que poderão contribuir para diferentes atitudes de partilha.

4.1.3. Modalidades de partilha, objectivos e representações

Com base nos estímulos diagnósticos pudemos explicitar a importância relativa de alguns dos objectivos definidos da atitude de partilha, bem como as modalidades da partilha, no grupo de inquiridos.

Como esperado, constatamos que a maioria dos médicos privilegia a transmissão indirecta do diagnóstico, recorrendo a imagens e a analogias, excepto no doente com Asma, situação em que mais frequentemente é explicitado directamente o diagnóstico.

A maioria dos médicos inquiridos comunica o diagnóstico na consulta em que o obtém ou confirma, excepto na situação de Neoplasia de evolução fatal.

A descrição dos motivos expressos de omissão revela que estes oscilam entre “dificuldades pessoais” dos inquiridos nesta matéria, à cabeça, e “procedimento errado”, passando pela necessidade de “preparar o doente e o seu meio próximo” (hipótese nº 8).

A análise do primeiro objectivo principal da partilha, no conjunto das seis situações diagnósticas, revela que “tranquilizar” o paciente constitui o objectivo comum à excepção:

- do caso do doente diabético em que a maioria dos inquiridos considera visar a adopção de um “papel mais activo” por parte do doente;
- do caso do doente coronário em que o objectivo visa, igualmente, “garantir maior aderência ao tratamento”;
- e do caso do doente com Depressão em que os inquiridos visam, em percentagens muito semelhantes, três objectivos distintos “acalmar”, “integrar” e estimular um “papel mais activo” do doente.

A análise do segundo objectivo principal da partilha revela-nos que a “aderência ao tratamento” é a preocupação comum dos inquiridos em todas as situações, à excepção da Neoplasia, em que assume papel de relevo o objectivo – “integração do doente na situação diagnóstica”.

A análise dos objectivos visados aquando da revelação do diagnóstico, nas seis situações consideradas, permitiu-nos aprofundar a leitura destes resultados (dendograma, pág. 94):

- O relativo isolamento das situações de Neoplasia e de Depressão, do conjunto de agrupamentos “por semelhança” dos restantes diagnósticos (hipóteses n.ºs 6 e 7).

Por um lado, a grande divisão dos inquiridos nas respostas a estas duas situações e, por outro lado, o maior número de referências a “dificuldade pessoal”, como motivo expresso de omissão nessas mesmas situações, levam-nos a considerar que o prognóstico de vida e a natureza psicológica das afecções constituem possíveis elementos organizadores das representações diferenciadas das patologias dos inquiridos.

Estes resultados sugerem, ainda, necessidades formativas específicas na forma como lidar com estas situações.

4.2. CONCLUSÕES GERAIS

O presente trabalho teve como objectivo reflectir sobre um conjunto de questões ligadas à natureza da relação que se estabelece entre os dois actores no cenário da consulta.

Os valores instituídos pela ideologia médica vigente, nos diferentes níveis da formação académica e do exercício clínico nas instituições de saúde, tendem a impor a visão unilateral do médico, dotando de clareza aquilo que muitas vezes é obscuro.

Há todo um conjunto de pressupostos, de atribuições sociais a estas duas figuras – médico e doente –, previstos na cultura e permanentemente reinventados, partilhados, que estão na base do acto médico tal como o conhecemos e praticamos.

O objectivo consistiu, também, em lançar um olhar diferente, de uma certa exterioridade, sobre alguns destes pressupostos. Questionar alguns dos (pre)conceitos mais comuns entre os médicos e que justamente por isso, nós, – médicos –, menos notamos, por tão firmados no uso e na rotina.

Em que base assenta a autoridade do médico?! O acto médico será sempre uma relação de ajuda?! Em que medida o outro, – o paciente – é tocado, reconhecido?! Que intenções, recursos e capacidades lhe são

atribuídos neste processo em que tudo ou quase tudo, eclipsado aquele breve momento da consulta, dependerá dele e não do médico?!

O absolutismo do médico fez história. As tendências na medicina dos nossos dias vão, contudo, noutra sentido. Trata-se já não de gerir a distância mas sim a abertura. A participação e auto-envolvimento do paciente com papel mais activo no processo terapêutico são aspectos relevantes nestas orientações.

Qualquer relação de ajuda se baseia na partilha.

A partilha foi, pois, no presente trabalho, uma unidade de sentido, nas reflexões sobre a interacção com o paciente.

Sentimos a necessidade de trazer esta reflexão ao domínio do real e para tal, procurámos, mediante o reconhecimento das diferentes percepções e representações que cada um tem do fenómeno da partilha, estimular a reflexão de uma população concreta de médicos.

Que configurações poderíamos vir a detectar? Tudo dependeria do modo como viéssemos a operacionalizar o estudo.

Nesse sentido, a atitude de partilha foi analisada, no estrito âmbito do estudo de caso, tendo como base as respostas a um questionário cuja questão central incidia sobre a partilha de informação no decurso do acto médico.

Admitindo à partida a vinculação dos inquiridos à comunidade de pertença, nomeadamente porque partilham, eles próprios, os valores vigentes integrando-os a nível representacional, não pretendemos, contudo, estabelecer inferências.

A *novel* carreira de clínica geral assenta num modelo compreensivo de cuidados, personalizados e continuados, em ruptura conceptual com o modelo biomédico, tradicionalmente orientado para a doença e tratamento. As tarefas cometidas ao clínico geral, numa rede de cuidados de saúde primários, revestem uma especificidade que não se esgota no nível curativo. As actividades preventivas poderão vir a constituir, no futuro próximo, dimensão importante do seu trabalho. Sem modelos prévios nesta área, é o seu empenho na busca de uma identidade e especificidade própria o motor das transformações em curso.

Por estas razões admitimos também que a emergência de diferentes concepções de partilha, indiciando maior proximidade e abertura na relação com o doente, fosse susceptível de identificação mediante um estudo desta natureza.

A estratégia do clínico geral passa por conceder, neste novo modelo, maior importância aos aspectos relacionais. A isso o obriga a dimensão continuada e personalizada dos cuidados, não isenta de dificuldades, como abundantemente pudemos ilustrar.

A polarização das estratégias faz-se, pois, em torno da necessidade de uma maior colaboração/cooperação, facto que, nos médicos inquiridos, se verificou.

A atitude predominante de partilha, nesta amostra, e ainda que obedecendo, por hipótese, a estratégias individuais relativamente inconscientes, parece encontrar obstáculos a diferentes níveis, nomeadamente dificuldades pessoais em certas situações (diagnósticos tipo) e objectivos visados, o que, no geral, leva a colocar a questão das necessidades formativas nesta área.

Perícias comunicacionais, estilos de relação, atitudes e contra-atitudes mas não só!

Qual o valor a atribuir à partilha da informação?! Com que objectivo, como e quando?!

Que acontece quando se informa o paciente?! O que é que muda?! Que necessidades estamos a preencher – nossas e do doente?!

Qual o sentido da partilha?! Que factores a condicionam?! Que motivos a estimulam?!

Eis uma parte do conjunto de questões que procurámos reflectir, colocando-as a um universo restrito de médicos, com diferentes formações e percursos de vida. Inquirimos, praticamente, a totalidade de médicos de carreira de clínica geral, exercendo nesta área, num centro de saúde de uma grande cidade, tipificando um estudo de caso. Inquirimos, também, um conjunto de clínicos gerais, exercendo em diversos centros de saúde do Algarve, frequentando a formação específica em exercício (FEE), introduzindo o elemento da diversidade e procurando determinar possíveis incidências regionais na atitude de partilha, o que não se verificou.

Preocupava-nos, também, um aspecto particular da partilha. O seu sentido, as motivações latentes no médico. A pesquisa permitiu-nos esclarecer alguns dados descritivos entretecendo-os numa rede compreensiva, dando-lhes nexos.

De facto, o objectivo comum ao acto médico – reconhecer problemas, tratar pessoas – tende, na sua realização, a singularizar-se em fun-

ção de cada caso. A panóplia de recursos não pára de crescer e não se resume às medidas farmacológicas, cirúrgicas e outras técnicas especializadas. Numa altura em que as doenças ligadas aos estilos de vida, aos comportamentos de risco, vêm assumindo progressivo papel de relevo, torna-se necessário e inevitável considerar outras dimensões nos cuidados médicos, outros tipos de abordagem. O papel educador do médico na relação com o indivíduo e a família, tem merecido particular realce, apesar das polémicas que envolve, em complemento de medidas de educação geral nos diferentes níveis escolar, social e de saúde pública. O papel do próprio doente, principalmente quando afectado por doença crónica, na tomada de decisões e partilha de responsabilidades, pode constituir, quando estimulado, factor decisivo na modificação de atitudes e comportamentos de risco.

Mas, mais uma vez, é forçoso reconhecer a inexistência de modelos prévios de formação nestas áreas. O bom senso médico na sua actuação quotidiana é essencial, mas tal como a competência clínica, deve apoiar-se em critérios e objectivos. Formulámos, assim, um conjunto de questões, procurando elucidar as motivações e objectivos da prática de partilha.

Não obtivemos senão conclusões provisórias e, em todo o caso, limitadas à população de inquiridos. Porém, as questões levantadas podem e devem servir como base de outras reflexões e de outros trabalhos de pesquisa neste terreno movediço, mas não menos crítico, da medicina.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Balint, M.** (1975) – *Le Médecin, son Malade et la Maladie*, Ed. Payot. Paris.
- Balint, E.; Norell, J. S.** (1989) – *Six minutes for the Patient: Interactions in General Practice Consultation*. London. (Ed. dos autores).
- Bastos, C.; Levy, T.** (1987): Aspirina, Palavras e Cruzes. *Rev. Crítica de Ciências Sociais*, nº 23 Set.
- Bertakis, K. D.; Callahan, E. J.** (1992) – A Comparison of Initial and Established Patient Encounters Using The Davis Observation Code (DOC). *Family Medicine*. Vol. 24 nº 4 (May-June). 307-311.
- Biderra, M. G. A.** (1986) – *O Estudo das Representações Sociais: Considerações Teórico-Conceptuais e Metodológicas*. Sep. Rev. Port. Pedagogia. Coimbra.
- Billings, J. A.; Stoeckle, J. D.** (1989) – *The Clinical Encounter*. Medical Publishers. Chicago.
- Caldas de Almeida, J. M.** (1985) – *A Formação Pós-graduada do Clínico Geral em Psiquiatria e Saúde Mental*. Dissertação.
- Cohen-Cole, S. A.** (1991) – *The Medical Interview – The three functions approach*. Mosby Year Book. S. Louis.
- Cohen, L.; Mannion.** (1985) – *Research Methods in Education*. 2º ed. Croom Helm. London.
- Cooper, D.** (1978) – *A Linguagem da Loucura* (tradução portuguesa, 1983). Ed. Presença. Lisboa.
- Cortesão, E. L.** (1986) – “A Relação Médico Doente - Perspectivas de Evolução para o ano 2000” In *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*. Alves Gomes, A.; Cortesão, E. L.; Ermelinda da Silva. Ed. UCB. Lisboa.
- Crozier, M.; Friedberg, E.** (1977) – *L'Acteur et le Système. Les Contraintes de L'Action Collective*. Ed. du Seuil.
- Dias, J. L. ; Imperatori, E.** (1988) – Cuidados de Saúde Primários Adequados - Alguns comentários à situação Portuguesa. *Rev. Port. Saúde Pública* 6 (1-2) pp 59-68.
- Drucker, P. F.** (1992) – *The New Society of Organizations*. *Harvard Business Review*. Sep-Oct. pp 95-104.
- Farr, R. M.** (1984) – *Les Rep. Sociales in Psychologia Sociale*. (coordination de S. Moscovici): PUF. Paris.
- Ferreira, A. J.** (1963) – *Family Myth and Homeostasis*. *Archives of General Psychiatry*. 9, 457-463. (citado por Turk e Kerns).
- Friedberg, E.** (1988) – *L'Analyse Sociologique des Organizations*. POUR nº 28. Paris.
- Goffman, E.** (1965) – *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. Doubleday.
- Goochman, D. S.** (1985) – *Family Determinants of Children's Concepts of Health and Illness*. In *Health, Illness and Families: A Life Span Perspective*. Turk, D. C. and Kerns, R. (Eds.) John Witney & Sons, New York.
- Grawitz, M.** (1984) – *Methodes en Sciences Sociales*. 6^{ème} ed. Dalloz. Paris.
- Groddeck, G.** (1980) – *Le Livre du Ça*. Gallimard. Paris.
- Grolnick, L.** (1972) – *A Family Perspective of Psychosomatic Factors in Illness: A Review of the Literature*. *Family Process*. 11, 457-486. (citado por Turk e Kerns).
- Hespanha, M. J. F.** (1987) – *O Corpo, a Doença e o Médico – Representações e Práticas Sociais numa Aldeia*. *Rev. Crítica das Ciências Sociais* nº 23 Set.
- Infante, A. M. B.** (1990) – *A Satisfação dos Utentes e a Garantia de Qualidade - O caso do Hospital de Almada*. XIX Curso de Administração Hospitalar 1988/90. E. N. S. P. Lisboa.
- Jodelet, D.** (1984) – *Representation Sociale: Phénomènes, Concepts et Théorie*. In *Psychologie Sociale* (Moscovici) PUF. Paris.
- Laplantaine, F.** (1989) – *Anthropologie de Systèmes de Répresentation de la Maladie*. In *Les Représentations Sociales*. Denise Jodelet. PUF.

- Laxenaire, M.** (1980) – La Rencontre Psychologique du Médecin. Ed. ESP. Paris.
- Lazarsfeld, P.** (1965) – Des Concepts aux Indices. In *Le Vocabulaire des Sciences Sociales*, R. Boudon, P. & Lazarsfeld, P. Mouton. Paris.
- Lazarus, R. S.; Launier, R.** (1978) – Stress-Related Transactions between Persons and Environment. In *Perspectives in Internacional Psychology*. (pp. 139-174) L. A. Pervin & M. Levis (Eds.). Plenum Press. New York.
- Menninger, K.** (1958) – Theory of Psychoanalytic Technique. Basic Books. New York. (citado por Sandler et al., 1971).
- Minuchin, S.** (1974) – Families and Family Therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press. (citado por Turk e Kerns).
- Moffat, A.** (1975) – Psicoterapia do Oprimido, (tradução portuguesa, 1981). Assírio e Alvim.
- Moscovici, S.** (1969) – Prefácio in *Santé et Maladie: Analyse d'une Représentation Sociale*. Herzlich. C. Mouton. Paris.
- Moscovici, S.** (1976) – “La Psychanalyse, son Image et son Public”. Paris PUF.
- Myercough, P. R.** (1990) – Talking with Patients – A Basic Clinical Skill. Oxford University Press. Oxford.
- Nisbet, J.; Watt, J.** (1984) – Case Study. In *Conducting Small-Scale Investigation*, in *Educational Management*. 2nd ed. Milton Keynes: J. Bell et al (Eds). The Open University. pp 72-92.
- Norell, J.** (1989) – “Uses and Abuses of the Consultation” In *While I'm Here, Doctor – A study of the doctor patient relationship*. Elder, A.; Samuel, O.; Balint, E. London.
- Pacheco, J. C. C. S.** (1989) – Bases Psicoterapêuticas na Prática Clínica. Ed. BIAL. Porto.
- Parsons, T.; Fox, R.** (1952) – Illness, Therapy and the American Family. *Journal of Social Issues*. 8, 31-44. (citado por Turk e Kerns).
- Pendleton, D.** (1990) – The Consultation – An approach to learning and teaching. Oxford Medical Publications, Oxford.
- Reiss, D.** (1981) – The Family's Constructions of Reality. Cambridge, MA: Harvard University Press, (citado por Turk e Kerns).
- Richardson, H.** (1945) – Patients have Families. New York. Commonwealth Fund.
- Sampaio Faria, J. G.** (1981) – Serviços de Clínica Geral e Cuidados Psiquiátricos. *Jornal do Médico*. 1936, 467-474.
- Sandler, J.; Dare, C. ; Holder, A.** (1971) – The Patient and the Analyst. The Basis of the Psychoanalytic Process. George Allen & United Ltd. London.
- Shapiro, J.** (1983) – Family Reactions and Coping Strategies, in *Response to the Physically Ill or Handicapped Child: A Review. Social Science and Medicine*, 17, 913-931.
- Sivadon, P.** (1973) – Traité de Psychologie Médicale. Presses Universitaires de France. Paris.
- Stenhouse, L.** (1985) – Case Study Methods. In *The International Encyclopedia of Education*. T. Husen & N. Postlethwait (Eds.) Pergamon Press. pp. 645-650.
- Szasz, T. S.** (1974) – O Mito da Doença Mental (tradução brasileira, 1979). Zahar Ed. Rio de Janeiro.
- Toffler, A.** (1990) – Os Novos Poderes (tradução portuguesa, 1990). Ed. Círculo de Leitores.
- Tremblay, M. A.** (1982) – L'Antropologie de la Santé en tant que Représentation – Recherches Sociographiques, n° 23, 253-273. Canadá.
- Turk, D; Kerns, R.** (1985) – “The Family in Health and Illness”. In *Health, Illness and Families: A life Span Perspective*. John Wiley. New York.
- Vala, J.** (1981) – Sobre as Representações Sociais – Para uma Epistemologia do Senso Comum.
- Vaz Serra, A.** (1976) – Experiência Crítica de um Trabalho de Campo. I Congresso Nacional de Psiquiatria Social. Lisboa.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D.** (1967) – Pragmática da Comunicação Humana (tradução brasileira). Cultrix. São Paulo.

ANEXOS

Caro colega

Este questionário insere-se num trabalho de pesquisa sobre as modalidades de partilha da informação dos médicos com os seus pacientes adultos no âmbito da actividade clínica em regime ambulatorio.

No contexto actual dos Centros de Saúde em que as condições do exercício clínico estão marcadas pela grande sobrecarga de utentes por período de consulta, o médico está frequentemente perante um dilema, entre o ideal e o possível, cuja resolução pode passar pelo sacrifício parcial dos aspectos relacionais e informativos.

Será assim? Até que ponto? – Eis o objectivo que o presente trabalho se propõe averiguar.

Para garantir o mais estrito anonimato das respostas produzidas, não escreva o seu nome em nenhuma das páginas do inquérito.

Apenas a sua colaboração activa e desinibida face a questões sensíveis viabilizará a realização deste trabalho cujos resultados lhe daremos em primeira mão.

Obrigado pela colaboração

Lisboa, Setembro de 1992

Parte 1

CONTEÚDO E INSTRUÇÕES

Segue-se um conjunto de afirmações sobre o papel da informação no decurso do acto médico.

Relativamente a cada afirmação assinale o seu grau de concordância/discordância, marcando com um "x" a quadrícula adequada ao seu caso.

1 – A comunicação do diagnóstico ao paciente é feita consoante o caso atendendo principalmente à natureza do diagnóstico e à personalidade do doente.

discordo
em absoluto

discordo

concordo

concordo
em absoluto

2 – É sempre preferível a transmissão directa e frontal do diagnóstico mesmo quando a prognóstico é reservado.

discordo
em absoluto

discordo

concordo

concordo
em absoluto

3 – Mais importante que informar o paciente sobre o diagnóstico é a postura do médico que transmita interesse e apoio.

discordo
em absoluto

discordo

concordo

concordo
em absoluto

4 – O doente deve ser esclarecido sobre uma parte do problema que no entender do médico corresponde ao que, no momento, é útil e necessário saber.

discordo
em absoluto

discordo

concordo

concordo
em absoluto

5 – O médico deve limitar-se a transmitir, essencialmente, além do regime de prescrição (nº de tomas, doses e duração) os possíveis efeitos colaterais da medicação.

discordo
em absoluto

discordo

concordo

concordo
em absoluto

6 – A necessidade de informação do paciente sobre a situação e o tratamento constitui um falso problema na maioria dos casos.

discordo em absoluto	discordo	concordo	concordo em absoluto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 – A eficácia do tratamento ou intervenção depende mais da colaboração e confiança que o médico suscita no paciente que da informação que este detenha sobre o mesmo.

discordo em absoluto	discordo	concordo	concordo em absoluto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – O conhecimento do processo físico-patológico é uma questão que só diz respeito ao médico pois a sua finalidade consiste em viabilizar uma estratégia terapêutica.

discordo em absoluto	discordo	concordo	concordo em absoluto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 – Os doentes muito informados sobre o seu estado mórbido e os tratamentos possíveis complicam mais do que ajudam a tarefa do médico.

discordo em absoluto	discordo	concordo	concordo em absoluto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 – Uma atitude de simpatia e cordialidade por parte do médico substitui com vantagem explicações sobre o diagnóstico e tratamento ao doente.

discordo em absoluto	discordo	concordo	concordo em absoluto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2

CONTEÚDO E INSTRUÇÕES

Segue-se a descrição de um conjunto de atitudes relativamente às quais se pretende caracterizar a frequência com que são realizadas.

Assinale com um “x” a quadrícula adequada ao seu caso.

Nota:

As respostas produzidas devem reflectir a atitude mais habitual na clínica abstraindo-se do facto de que a dinâmica do acto médico é sempre singularizada em função de cada caso, e cada doente é um caso diferente. Aliás, esta nota é válida para todas as restantes partes deste questionário.

Na prática e tendo em conta os doentes que em geral o consultam qual a frequência com que toma as seguintes atitudes?

1 – Exprimo as minhas dúvidas ao doente sobre o seu caso (quando as tenho):

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – Circunscrevo-me à problemática expressa e que me parece mais afligir o doente:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 – Dirijo o interrogatório por forma a mais rapidamente obter o diagnóstico:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – Estimulo o doente a abrir o leque de queixas e problemas:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 – Clarifico os sentimentos que o doente exprime verbalmente:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 – Estimulo o doente com patologia de evolução prolongada a cogerir o processo terapêutico:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 – Monitorizo (clarifico para mim próprio) os meus sentimentos face ao doente:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – Tento criar as condições relacionais adequadas à verbalização espontânea das queixas do doente:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 – Utilizo conscientemente o conhecimento que detenho mentalmente dos contactos anteriores com o doente para melhor compreender a situação presente:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 – Convoco ou de qualquer forma envolvo os familiares na resolução activa do problema do doente (responda de acordo com a sua tendência habitual mais ou menos valorizada deste tipo de actuação):

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 – Informo o doente sobre as metas terapêuticas a alcançar:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 – Informo o doente sobre o tempo necessário à recuperação do estado de saúde (situações recuperáveis):

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 – Programo nova(s) consulta(s) (situações crónicas):

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 – Informo o doente sobre as possíveis complicações evolutivas (situações crónicas sujeitas a agudizações):

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 – Informo o doente sobre os riscos do tratamento:

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 3

CONTEÚDO E INSTRUÇÕES

Segue-se um conjunto de questões sobre as atitudes (e seus objectivos) que o médico pode tomar numa dada consulta em que atinge o diagnóstico.

Tipificam-se seis situações diagnósticas relativamente frequentes entre nós, repetindo-se o conjunto de questões para cada uma delas.

Assinale apenas uma das hipóteses de resposta que se apresentam, marcando com um "x" a quadrícula adequada ao seu caso.

Se nenhuma dessas hipóteses reflecte a sua atitude ou objectivo assinale "outra" e especifique.

Situação 1

Numa dada consulta o colega formula/confirma o diagnóstico de diabetes (Tipo II).

Relativamente a esta situação responda às questões seguintes.

1 – Nesta situação informa o doente sobre a natureza do problema?

nunca

raramente

frequentemente

sempre

2 – Transmite essa informação em que altura habitualmente?
(passe à questão seguinte se respondeu “nunca” em 1)

Na consulta em que realiza o diagnóstico

Em consulta subsequente

3 – Qual a principal razão por que não transmite informação ao doente sobre a natureza do problema, nesta situação?

Esquecimento

Ser irrelevante

Ser errado

Dificuldade pessoal

Outra. Qual? _____

4 – Quando, pelo contrário, dá elementos ao doente sobre a natureza do problema, a forma que habitualmente utiliza, na situação presente, consiste em:

Explicitar directamente o diagnóstico

- Explicitar de forma simples e geral recorrendo eventualmente a imagens e analogias
- Limitar-se a esclarecer as questões que o doente coloca
- Outra. Qual? _____

5 – Na situação descrita, quando informa o doente sobre a natureza do problema, os seus objectivos visam (assinale por ordem de importância – inscrevendo 1, 2 ou 3 – as três hipóteses que, na situação presente, melhor reflectem os seus objectivos):

- Acalmar o doente quanto à gravidade da situação
- Integrar progressivamente o doente no processo que está a vivenciar
- Levar o doente a cumprir a terapêutica
- Procurar que o doente assuma um papel mais activo e consciente face à situação
- Outra. Qual? _____

Situação 2

Numa dada consulta o colega formula/confirma o diagnóstico de neoplasia maligna de evolução fatal.

Relativamente a esta situação responda às questões seguintes:

1 – Nesta situação informa o doente sobre a natureza do problema?

nunca

raramente

frequentemente

sempre

2 – Transmite essa informação em que altura habitualmente?
(passe à questão seguinte se respondeu “nunca” em 1)

Na consulta em que realiza o diagnóstico

Em consulta subsequente

3 – Qual a principal razão por que não transmite informação ao doente sobre a natureza do problema, nesta situação?

Esquecimento

Ser irrelevante

Ser errado

Dificuldade pessoal

Outra. Qual? _____

4 – Quando, pelo contrário, dá elementos ao doente sobre a natureza do problema, a forma que habitualmente utiliza, na situação presente, consiste em:

Explicitar directamente o diagnóstico

- Explicitar de forma simples e geral recorrendo eventualmente a imagens e analogias
- Limitar-se a esclarecer as questões que o doente coloca
- Outra. Qual? _____

5 – Na situação descrita, quando informa o doente sobre a natureza do problema, os seus objectivos visam (assinale por ordem de importância – inscrevendo 1, 2 ou 3 – as três hipóteses que, na situação presente, melhor reflectem os seus objectivos):

- Acalmar o doente quanto à gravidade da situação
- Integrar progressivamente o doente no processo que está a vivenciar
- Levar o doente a cumprir a terapêutica
- Procurar que o doente assuma um papel mais activo e consciente face à situação
- Outra. Qual? _____

Situação 3

Numa dada consulta o colega formula/confirma o diagnóstico de insuficiência coronária.

Relativamente a esta situação responda às questões seguintes:

1 – Nesta situação informa o doente sobre a natureza do problema?

nunca

raramente

frequentemente

sempre

2 – Transmite essa informação em que altura habitualmente?
(passe à questão seguinte se respondeu “nunca” em 1)

Na consulta em que realiza o diagnóstico

Em consulta subsequente

3 – Qual a principal razão por que não transmite informação ao doente sobre a natureza do problema, nesta situação?

Esquecimento

Ser irrelevante

Ser errado

Dificuldade pessoal

Outra. Qual? _____

4 – Quando, pelo contrário, dá elementos ao doente sobre a natureza do problema, a forma que habitualmente utiliza, na situação presente, consiste em:

Explicitar directamente o diagnóstico

- Explicitar de forma simples e geral recorrendo eventualmente a imagens e analogias
- Limitar-se a esclarecer as questões que o doente coloca
- Outra. Qual? _____

5 – Na situação descrita, quando informa o doente sobre a natureza do problema, os seus objectivos visam (assinale por ordem de importância – inscrevendo 1, 2 ou 3 – as três hipóteses que, na situação presente, melhor reflectem os seus objectivos):

- Acalmar o doente quanto à gravidade da situação
- Integrar progressivamente o doente no processo que está a vivenciar
- Levar o doente a cumprir a terapêutica
- Procurar que o doente assuma um papel mais activo e consciente face à situação
- Outra. Qual? _____

Situação 4

Numa dada consulta o colega formula/confirma o diagnóstico de depressão reactiva a uma situação de perda.

Relativamente a esta situação responda às questões seguintes:

1 – Nesta situação informa o doente sobre a natureza do problema?

nunca	raramente	frequentemente	sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – Transmite essa informação em que altura habitualmente?
(passe à questão seguinte se respondeu “nunca” em 1)

Na consulta em que realiza o diagnóstico

Em consulta subsequente

3 – Qual a principal razão por que não transmite informação ao doente sobre a natureza do problema, nesta situação?

Esquecimento

Ser irrelevante

Ser errado

Dificuldade pessoal

Outra. Qual? _____

4 – Quando, pelo contrário, dá elementos ao doente sobre a natureza do problema, a forma que habitualmente utiliza, na situação presente, consiste em:

Explicitar directamente o diagnóstico

- Explicitar de forma simples e geral recorrendo eventualmente a imagens e analogias
- Limitar-se a esclarecer as questões que o doente coloca
- Outra. Qual? _____

5 – Na situação descrita, quando informa o doente sobre a natureza do problema, os seus objectivos visam (assinale por ordem de importância – inscrevendo 1, 2 ou 3 – as três hipóteses que, na situação presente, melhor reflectem os seus objectivos):

- Acalmar o doente quanto à gravidade da situação
- Integrar progressivamente o doente no processo que está a vivenciar
- Levar o doente a cumprir a terapêutica
- Procurar que o doente assuma um papel mais activo e consciente face à situação
- Outra. Qual? _____

Situação 5

Numa dada consulta o colega formula/confirma o diagnóstico de cólon irritável.

Relativamente a esta situação responda às questões seguintes:

1 – Nesta situação informa o doente sobre a natureza do problema?

nunca

raramente

frequentemente

sempre

2 – Transmite essa informação em que altura habitualmente?
(passe à questão seguinte se respondeu “nunca” em 1)

Na consulta em que realiza o diagnóstico

Em consulta subsequente

3 – Qual a principal razão por que não transmite informação ao doente sobre a natureza do problema, nesta situação?

Esquecimento

Ser irrelevante

Ser errado

Dificuldade pessoal

Outra. Qual? _____

4 – Quando, pelo contrário, dá elementos ao doente sobre a natureza do problema, a forma que habitualmente utiliza, na situação presente, consiste em:

Explicitar directamente o diagnóstico

- Explicitar de forma simples e geral recorrendo eventualmente a imagens e analogias
- Limitar-se a esclarecer as questões que o doente coloca
- Outra. Qual? _____

5 – Na situação descrita, quando informa o doente sobre a natureza do problema, os seus objectivos visam (assinale por ordem de importância – inscrevendo 1, 2 ou 3 – as três hipóteses que, na situação presente, melhor reflectem os seus objectivos):

- Acalmar o doente quanto à gravidade da situação
- Integrar progressivamente o doente no processo que está a vivenciar
- Levar o doente a cumprir a terapêutica
- Procurar que o doente assuma um papel mais activo e consciente face à situação
- Outra. Qual? _____

Situação 6

Numa dada consulta o colega formula/confirma o diagnóstico de asma brônquica.

Relativamente a esta situação responda às questões seguintes:

1 – Nesta situação informa o doente sobre a natureza do problema?

nunca

raramente

frequentemente

sempre

2 – Transmite essa informação em que altura habitualmente?
(passe à questão seguinte se respondeu “nunca” em 1)

Na consulta em que realiza o diagnóstico

Em consulta subsequente

3 – Qual a principal razão por que não transmite informação ao doente sobre a natureza do problema, nesta situação?

Esquecimento

Ser irrelevante

Ser errado

Dificuldade pessoal

Outra. Qual? _____

4 – Quando, pelo contrário, dá elementos ao doente sobre a natureza do problema, a forma que habitualmente utiliza, na situação presente, consiste em:

Explicitar directamente o diagnóstico

- Explicitar de forma simples e geral recorrendo eventualmente a imagens e analogias
- Limitar-se a esclarecer as questões que o doente coloca
- Outra. Qual? _____

5 – Na situação descrita, quando informa o doente sobre a natureza do problema, os seus objectivos visam (assinale por ordem de importância – inscrevendo 1, 2 ou 3 – as três hipóteses que, na situação presente, melhor reflectem os seus objectivos):

- Acalmar o doente quanto à gravidade da situação
- Integrar progressivamente o doente no processo que está a vivenciar
- Levar o doente a cumprir a terapêutica
- Procurar que o doente assuma um papel mais activo e consciente face à situação
- Outra. Qual? _____

Parte 4

CONTEÚDO E INSTRUÇÕES

Seguem-se duas questões finais relativamente específicas.

Assinale as respostas da forma habitual e de acordo com as instruções explicitadas.

1 – Qual a atitude que mais frequentemente tende a adoptar na situação frequente em que o doente hesita, parece ter dúvidas e estar pouco confiante relativamente à sua proposta diagnóstica e terapêutica?

(Assinale apenas uma)

- Reafirma a sua proposta claramente e com firmeza
- Clarifica o seu ponto de vista sobre a situação e as possibilidades ao alcance
- Não insiste e deixa ao doente a responsabilidade em aderir ou não à proposta formulada
- Aborda com o doente as possíveis dúvidas.

2 – Qual a importância que atribui à atitude de informar o doente sobre a natureza do seu problema e formas de o ultrapassar?

	nada	pouco	bastante	muito importante
1 – Para o doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Para si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Para a relação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 5

DADOS BIOGRÁFICOS

Ano de nascimento _____ sexo F M

Anos de prática em clínica geral _____

Faculdade onde obteve a licenciatura _____

POSIÇÃO NA CARREIRA:

- Clínico geral não integrado (Ex. SMS)
- Clínico geral (Dec. Lei das novas carreiras médicas)
- Assistente (Via Ex. SMS)
- Assistente (Via FEE-Concluída)
- Assistente (Via internato complementar)
- Consultor

REGIME DE TRABALHO:

- 35 horas sem exclusividade
- 35 horas com exclusividade
- 42 horas (exclusividade)
- Outro. Qual? _____

Possui uma segunda especialidade ou formação pós-graduada noutra área específica da medicina?



Ao comemorar o seu 60.º aniversário, em Abril de 1984, os Laboratórios Bial criaram o **PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA**. Dado o êxito obtido, efectuaram-se novas edições do Prémio em 1986, 1988 e 1990.

No sentido de incentivar ainda mais o trabalho desenvolvido em prol da Medicina, Bial decidiu alargar em 1992 o âmbito da iniciativa, criando o **GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA** cujo valor foi de 10.000.000\$00, mantendo o Prémio de Medicina Clínica no valor de 2.500.000\$00 e considerando 4 menções honrosas no valor de 200.000\$00 cada.

Concorreram 32 trabalhos. O Júri constituído pelos Professores Armando Porto, Adelino Marques, Alexandre Sousa Pinto, Artur Torres Pereira, Nuno Cordeiro Ferreira e Nuno Rodrigues Grande atribuiu o **GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA** à Professora Doutora Maria Paula Mourão do Amaral Coutinho com a obra "Doença de Machado-Joseph". O **Prémio de Medicina Clínica** foi atribuído à obra "Os filhos dos Toxicodependentes – Novo Grupo de Risco Bio-Psico-Social" da autoria de uma equipa multidisciplinar liderada pelo Dr. José Manuel Martins Palminha.

Na próxima edição, em 1994, o **GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA** terá características semelhantes à edição anterior. O **Grande Prémio** terá o valor pecuniário de **12.000.000\$00**, o **Prémio de Medicina Clínica** terá o valor pecuniário de **3.000.000\$00** e cada uma das quatro possíveis **menções honrosas** 500.000\$00.

O **GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA** tem o patrocínio do Senhor Presidente da República e do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas.