

A Comunicação Médica Integral em Anestesiologia

Full Medical Communication in Anesthesiology

João Pina^{1*}

Autores

¹ICU Director in the Hospital do Santo Espírito at Ilha Terceira, Azores, Portugal.

Palavras-chave

Anestesia; Anestesiologia; Aplicações da Informática Médica; Aplicações Móveis; Comunicação; Comunicação Não Verbal; Erros Médicos; Relações Médico-Doente

Keywords

Anesthesia; Anesthesiology; Communication; Nonverbal Communication; Medical Errors; Medical Informatics Applications; Mobile Applications; Physician-Patient Relations

INTRODUÇÃO

A importância da Ética em comunicação nos cuidados de saúde é talvez mais aparente e óbvia do que noutras áreas da comunicação humana. Na área da saúde a comunicação traz consigo preocupações com a vida, morte e sofrimento. Tradicionalmente a comunicação em Medicina, como parte importante do contexto em saúde, tem sido patriarcal, intuitiva e empírica, carregada de significado hierárquico e marcando diferenças de posição socio-profissional e de poder. No entanto, o poder e o estatuto complicam a ética e a ponderação dos valores morais. É um óbice determinante em Medicina e na prática clínica. Makau Mutua, queniano a residir nos EUA, professor de Direito na Universidade de Buffalo e grande activista pelos direitos humanos lembra-nos (2007) que “*postmodern studies have unmasked longstanding privileges, structured relations of inequality, and related relations of power*” algo que vem corroborar o que Breggin afirma na sua obra clássica¹ publicada em 1995 “*empathy... Requires a degree of equality, including similar degrees of power, authority, and vulnerability*”. Neste sentido, existe uma utilidade ética do consentimento informado e das directivas avançadas ao dar voz ao doente, criando, à vista deste, um nivelamento que vem proporcionar uma comunicação clínica mais verdadeira, livre de intimidação e subjugação sem retirar autoridade profissional ao médico e abrindo a porta ao doente e não apenas à doença. A comunicação clínica orientada para o doente deve ser explícita e estar clara nas mentes de todos os que nela participam.

Hipócrates disse: “Curem algumas vezes, tratem muitas

vezes, confortem sempre”. Mesmo que mais razões não houvesse este conhecido aforismo seria por si só razão para nos preocuparmos com a comunicação como ferramenta fundamental do exercício profissional médico. Mas outras razões e motivos existem para olhar a comunicação como elemento integrante do *armamentarium* anestesiológico. Se as opções e as decisões terapêuticas e diagnósticas dependem da qualidade e da quantidade de informação que temos sobre o doente e a família então a comunicação, baseada na linguagem verbal ou não-verbal assume também um papel determinante. Por outro lado, se o médico, e, permito-me destacar, o Anestesiologista, já não trabalha isolado e o resultado de qualquer procedimento depende duma boa articulação entre os membros da equipa então a comunicação, fiável e intensa entre esses membros, tem de fluir para que os resultados possam ser garantidos. Finalmente, o processo de comunicação não é apenas funcional mas tem, como é sabido, um papel estruturante, *team-building*, permita-se o anglicismo pela sua expressividade, na equipa e numa instituição. A atenção à comunicação, o seu treino e a sua aprendizagem, só pode ser útil e de incentivar na actividade anestesiológica.

PRINCÍPIO DA COMUNICAÇÃO INTEGRAL EM ANESTESIOLOGIA

Quando olhamos para a evolução das espécies^{2,3} verificamos que a diferenciação orgânica nos seres mais complexos implica, para a sua sobrevivência como espécie, um sistema circulatório cada vez mais sofisticado. Este sistema circulatório para além de transportar o oxigénio, o dióxido de carbono e os nutrientes necessários a todos os órgãos que compõe esse organismo, esconde por trás da aparente simplicidade dos fluidos que circulam num sistema hidráulico composto por bomba e vasos, sofisticadíssimos compostos humorais, onde se pode incluir o sangue, as hormonas e

*Autor Correspondente:

João Paulo Azenha Pina

Morada: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, Canada do Breado, 9700-049 Angra do Heroísmo, Açores, Portugal..

E-mail: pina.jpa@gmail.com

outros mediadores, que transmitem múltiplas mensagens químicas e físicas entre órgãos, fluidos cujos fluxos são regulados por sensíveis dispositivos de autocontrolo dispersos por todo o organismo de acordo com as funções de cada órgão. O desempenho deste organismo, complexo, superior, depende da sensibilidade dos receptores e da rapidez e adequação com que estes mensageiros químicos e físicos são libertados e interpretados face às exigências do meio onde se move. O desempenho deste organismo complexo e superior coloca-o num patamar filogenético muito elevado, dominante e decisivo para o ambiente que o rodeia. A metáfora da circulação, sinónimo de vida, pode-se estender à comunicação entre os seres da mesma espécie ou de espécies capazes de comunicar. O funcionamento e o estatuto desta sociedade que comunica depende igualmente da qualidade e da adequação da comunicação entre os seres que a compõe. A sofisticação e a especialização individuais, de cada membro, permitem desempenhos em cada área nunca sonhados por outros seres menos diferenciados, mas acarreta um risco: a interdependência entre seres, ou órgãos, para que o organismo, ou sociedade, sobreviva como tal e com a identidade própria que lhe confere a sua actividade. Esta interdependência lança mão duma ferramenta tanto mais desenvolvida quanto mais complexo é o organismo em causa: a capacidade de comunicar. O ser humano é exemplo disso. Mais, essa capacidade de comunicar, porque nos é dada e nos eleva perante outros seres menos sofisticados, dá-nos o privilégio do desenvolvimento, mas dá-nos também, a obrigação de actuar. Actuar agora e numa perspectiva jonasiana de responsabilidade.⁴ Ao contrário da ética kantiana em que o agir conta pela intenção e não pelo efeito, Hans Jonas aponta para a importância dos efeitos das acções e ainda ressalta que devido à complexidade das relações devemos nos cercar de muito mais conhecimento para podermos agir de maneira adequada ao momento histórico. No entanto, para Jonas, embora a ética para a civilização tecnológica se preocupe mais com decisões políticas de grupos humanos do que com acções individuais a verdade é que o método proposto em *O Princípio Responsabilidade*, consiste em mobilizar saberes científicos que possibilitem a previsão de situações futuras que sejam consideradas como extrapoláveis para então julgá-las com o intuito de avaliar a possível ligação destas situações com nossas acções no presente. Ou seja, o que fazemos hoje conta para amanhã. Para Hans Jonas a responsabilidade do amanhã obriga ao conhecimento hoje e explora hoje as interacções na sociedade, interacções onde avulta a comunicação. Dum ponto de vista ético jonasiano o anestesiológista orienta-se moralmente para o conhecimento e para a interacção comunicacional. Esta é uma faceta cultural percebida e assumida por este grupo profissional, presente explícita ou subliminarmente nas actividades ou no discurso.

A Anestesiologia, no sentido lato do termo, abrangendo áreas e vocações tão diferentes como a analgesia de parto, a dor crónica, o bloco operatório, a medicina intensiva, a emergência pré-hospitalar, o transporte do doente crítico e até o mergulho e a medicina hiperbárica, como recentemente foi celebrado no resgate de várias crianças numa gruta na Tailândia, obriga na sua especialização a que a comunicação assuma um papel essencial não só para se poder expressar em toda a dimensão mas para manter a sua utilidade, a sua identidade e o seu estatuto.

Não menos importante que a função estruturante, a comunicação entre o anestesiológista e o doente ou a família, responde a uma necessidade ética dominante: a vulnerabilidade dum ser humano fragilizado pela doença e de uma família e próximos que sofrem pelo seu ente querido. Não só pelo momento presente mas pela incerteza do prognóstico, pelos riscos associados ao tratamento e pela ansiedade gerada pela relação obrigatória com novas pessoas, os profissionais, num novo ambiente, a instituição onde se vai tratar, com os quais terá de fazer um esforço suplementar para se adaptar e, sobretudo, em quem se vê obrigado a confiar. Tudo...nas mãos de alguém ou de alguns!

As decisões e sugestões do doente deverão ser atendidas. Para as tomar o doente os seus próximos farão exercício da autonomia que é reconhecida. Atender as decisões ou sugestões do doente não significa cumpri-las. A fragilidade e ansiedade em que se encontra podem coarctar o seu entendimento e tolher a sua capacidade de deliberação e de aceitação ou negação. É obrigatório o anestesiológista perceber quando isto ocorre e chamar os próximos do doente. Também, para haver veracidade nestes momentos é necessário que toda a informação útil seja prestada. Ao doente, ao tutor, aos próximos. De forma clara, sucinta, plena. O relatório de Belmont é explícito: *“Respeitar a autonomia significa dar valor às opiniões e escolhas de pessoas autónomas ao mesmo tempo que se evita obstruir as suas acções, a menos que estas sejam claramente em prejuízo de outros”*.⁵

Comunicação, portanto, é também, mas não só, trocar informação de modo útil e consequente.

A PRÁTICA CLÍNICA

Um estudo publicado em 2013⁶ mostrou que embora cirurgiões, anestesistas e enfermeiros do bloco operatório estejam satisfeitos com o nível de colaboração e comunicação entre membros da equipa, estes admitem que mais comunicação poderia levar a melhor desempenho. Cerca de 93% dos anestesiológistas e 86% dos enfermeiros do bloco operatório referem que a comunicação com o cirurgião tem impacto no seu desempenho e 88% dos cirurgiões disse que a comunicação com o anestesiológista tem impacto na forma como conduzem o procedimento cirúrgico. Neste estudo ficou claro que é importante o cirurgião compreender o plano

anestésico e o anestesiologista perceber o plano cirúrgico. David Stein⁶ propõe e discute cinco formas de melhorar a comunicação no bloco operatório e aumentar o desempenho nos cuidados ao doente cirúrgico:

1. Reunião de equipa antes de cada caso.
2. Manter comunicação constante durante o procedimento.
3. Perguntar frequentemente ao anestesiologista se algo o preocupa.
4. A cultura empresarial actual exige uma atitude mais colaborativa, de equipa, e mais orientada para o doente do que a tradicional figura cirúrgica central.
5. Aspirar à perfeição.

Ao contrário do aforismo corrente que diz que o “ótimo é inimigo do bom” a “procura da perfeição pode levar à excelência” segundo refere Stein citando um conhecido treinador de futebol americano, Vince Lombardi. “That’s what separates high quality from average care” refere David Stein.

A comunicação no período peri-operatório não é uma preocupação recente. Em 2000 a revista *Anesthesiology* publicava um artigo especial⁷ sobre este tema chamando logo de início a atenção para o facto de este tópico não estar a merecer um tratamento destacado nos livros de texto de Anestesiologia. Reconhecendo a importância deste assunto a Sociedade Americana de Anestesiologia encarregou o *Committee on Communication “to improve public education as it relates to anesthesiology”*. Uma boa comunicação é tão importante para a integridade profissional do anestesiologista como é saber farmacocinética ou farmacodinamia, fisiologia e monitorização. A estrutura e a função da comunicação profissional devem ser objecto de atenção para o anestesiologista.

A linguagem técnica pode ser uma das primeiras barreiras ao entendimento com o doente e a família. Um esforço para “traduzir” estes conceitos profissionais é recompensador. Doutra forma transferir informação técnica e estatística, em forma não assimilável, para o doente e para a família pode ter um efeito inverso ao que se pretende e criar ansiedade ou falsas expectativas. Ou não ser compreendido de todo.

Um dos maiores desafios que é colocado ao anestesiologista no período peri-operatório relaciona-se com o espaço temporal comprimido que tem para interagir com o doente antes e depois da intervenção cirúrgica. Por essa razão é importante que a linguagem seja clara, as mensagens curtas e sucintas, mas esclarecedoras e, sobretudo, o comportamento seja respeitador com muita atenção aos comentários e aos gestos, seus, da equipa e do doente ou da família.

Outro aspecto importante descrito por Hool em 2009⁸ refere-se ao facto de frequentemente o anestesiologista e o doente terem “agendas” diferentes com os primeiros mais preocupados em obter informação e os segundos mais focados

em aspectos emocionais e de conforto. A comunicação eficaz é um processo com dois sentidos, facto do qual o anestesiologista tem que estar consciente e capaz de utilizar todos os meios ao seu dispor podendo fazer bom uso da escrita, vídeo, *e-mail*, telemóvel ou, claro, da entrevista frente-a-frente. O formato desta comunicação, verbal e não-verbal, é crítico, mas muito é aprendido informalmente a despeito do interesse que tem havido em ensinar a comunicar. Alguns dos estudos apresentados por Hool observaram e descreveram a forma como a comunicação é feita na prática pelo que este pode ser um bom ponto de partida. Curiosamente, ou talvez não, todos aqueles que mostraram algum desinteresse pelo incentivo ao estudo e treino da comunicação, foram os que pontuaram pior nos estudos referidos por Hool. Apesar de poucos, todos os estudos feitos demonstraram largamente que a comunicação adequada e em tempo pode melhorar a satisfação dos doentes e famílias, melhorar o resultado clínico e diminuir o litígio jurídico.⁹⁻¹³

Smith em 2010¹⁴ chama a atenção para o facto de se reconhecer a importância da comunicação entre o anestesiologista, o doente e toda a equipa, mas, também, de este aspecto continuar mal estudado. Este autor identifica 3 categorias ou estilos de comunicação na indução da anestesia: a evocativa destinada a trazer imagens e memórias agradáveis ao doente, a descritiva que procura descrever ao doente o que pode esperar ver ou sentir e a funcional que releva no aspecto participativo e colaborativo do doente pedindo-lhe para indicar se sente mais sedação, tonturas, dor, numa forma interactiva. Frequentemente o anestesiologista mistura os 3 estilos em diferentes proporções.

O acto anestésico, os temas anestésicos e as áreas de actuação do anestesiologista mormente as que lidam com o doente crítico como a emergência e a medicina intensiva, estão carregados de significado ontológico, médico, ético e jurídico. A comunicação entre anestesiologista e doente tem de colmatar diversos hiatos culturais, técnicos e administrativos. É muito tentador menosprezar a comunicação se aceitarmos que o objectivo do anestesiologista é manter o doente vivo, ressuscitá-lo, limitar os danos colaterais ou acordá-lo em segurança. Mas se limitarmos a anestesia à sobrevivência e ao recobro não estaremos a seguir um padrão niilista existencial de cuidados muito abaixo da atenção integral ao doente que a ciência e o desenvolvimento actuais sugerem ou mesmo, exigem? Só existe vida ou morte e nada mais? A ode à natureza humana exige mais do que isso e sem esquecer as prioridades, a ascensão do anestesiologista passa por capacidades comunicacionais diferenciadas, de acordo com o doente, com o momento, com os recursos. Este é o profissional altamente diferenciado. Este é o profissional comprometido. Este é o profissional no sentido literal do termo em que profissão é a ocupação daquele que professa ou “fala em nome de...”.

O ERRO MÉDICO

O erro médico tem sido definido como um acto não-intencional, por omissão ou delegação, um acto que não atingiu o resultado pretendido, o insucesso numa acção planeada com um determinado objectivo, chamado erro de execução, a utilização dum plano errado para atingir um determinado fim, chamado erro de planeamento, ou um desvio do processo de cuidados resultando, qualquer um destes actos, em prejuízo, ou não, para o doente. A taxonomia do erro médico encontra-se em expansão para melhor categorizar os eventos críticos e os factores adversos que possam ser prevenidos.

A Anestesiologia, por via das características próprias que marcam a sua actividade, é reconhecida consensualmente, entre pares e mesmo fora da Medicina, como a disciplina médica onde o culto da segurança e o investimento nesta área atingem facilmente padrões de excelência na prática clínica, no ensino e na investigação científica, muitas vezes comparada, e comparável, aos padrões aeronáuticos e aeroespaciais. Desde testes psicotécnicos, simuladores, alarmes, dispositivos redundantes, monitores multiparámetro, estudos ergonómicos, ambiente adverso, inquéritos de desempenho, tudo tem sido feito em prol do doente e para defesa profissional do médico anestesiológico e da equipa cirúrgica. No entanto, a sombra do erro médico paira sempre no horizonte da Anestesiologia, e do anestesiológico, mercê da polivalência e das situações próprias e inerentes a esta actividade.

Em 2016 foi publicada uma análise preocupante que atribui ao erro médico em geral o terceiro lugar como causa directa ou indirecta de morte nos EUA,¹⁵ uma responsabilidade muito maior do que aquela que se pensava. De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 117 países usam o *10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* como principal indicador do estado de saúde. No entanto, estes autores, demonstram que o ICD-10 tem uma capacidade muito limitada para capturar a maior parte dos erros médicos. Apenas alguns códigos, como o destinado à anticoagulação, permitem inferir a morte por erro médico. Quando o erro médico está implicado na morte do doente, não só a causa fisiológica como também o problema relacionado com os cuidados de saúde deveriam ser observáveis no registo do ICD, defendem os autores.

Esta análise mostra um alarmante aumento para o triplo das mortes devidas a erro médico reportadas em 1999 no conhecido estudo publicado pelo Institute of Medicine "To Err is Human". Richard Dutton, que foi responsável pelo Anesthesia Quality Institute pergunta em "Thinking about Medical Errors"¹⁶ se este aumento é razão para alarme. Responde que "não" pelas seguintes razões:

1. O aumento, provavelmente, refere-se ao volume de casos

reportados e não ao volume efectivo de novos casos de morte até porque tem havido alterações na definição de erro médico.

2. O progresso nos cuidados de saúde levou a vidas mais longas e a uma proporção crescente de idosos e doentes crónicos muitas vezes com indicação para procedimentos cada vez mais ousados e mais ablativos.

3. A Medicina é complexa e os erros acontecem, frequente e inevitavelmente.

4. O objectivo dos autores¹⁵ era chamar a atenção para a necessidade dum melhor codificação.

O erro peri-operatório envolve toda a equipa cirúrgica na peri-anestesia¹⁷ pelo que, factores como a insuficiência de informação, má comunicação entre profissionais, deficiente trabalho em equipa, inexperiência dos profissionais e fadiga podem assumir um papel preponderante. Mas mesmo no rescaldo do evento adverso, por erro ou sem erro, é recomendado que haja sempre algum tipo de explicação ao doente ou à família.

Em Fevereiro de 2010¹⁸ o Royal College of Anaesthetists publica um documento intitulado "*The Good Anaesthetist: Standards of Practice for Career Grade Anaesthetists*". Na secção "*Domain C: communication, partnership and teamwork*" sob o título "*Attribute 7: Communicate effectively*" diz:

"Effective provision of care in anaesthesia, pain medicine and intensive care requires anaesthetists to utilise a number of communication skills. Listening, questioning and providing instructions to colleagues are just some of the skills that are necessary within a functioning multidisciplinary setting. Non-verbal forms of communication are just as important as verbal ones. Patients are very much seen as partners and contributors in the provision of their own healthcare. Whether they can effectively contribute to this partnership is dependent on information provided by their doctor in ways that can be easily understood. Again, this is very much dependent on a doctor's communication skills. Mistakes, as in any other area of life, can occur in medical practice. When a mistake has been made, whether a complaint has followed or not, an informed and appropriate explanation must be given to the patient or a close family member."

Os eventos adversos ou os incidentes que ocorrem durante o processo cirúrgico ou peri-operatório sempre tiveram uma participação maior ou menor do procedimento anestésico. Porque, felizmente, são cada vez mais raros torna-se difícil, frequentemente, identificar as causas e o momento em que as circunstâncias favoráveis à ocorrência surgem. No entanto, já se sabe há muito tempo como fazer para minimizar a ocorrência de tais circunstâncias. E o processo de comunicação é uma ferramenta essencial e eficaz mas mesmo sendo pouco onerosa, é culturalmente difícil de instituir. A

OMS publicou em 2008 um conjunto de procedimentos para diminuir a ocorrência de eventos adversos e incidentes peri-operatórios.¹⁹ Neste documento, o processo de comunicação adquire expressão significativa em “time out”.

“Time-out” é historicamente um termo anglo-saxónico que denomina uma técnica de modificação comportamental criada, usada e testada por Arthur W. Staats, descrita no *Child Magazine* de 2006, “20 People who Changed Childhood”. Implica afastar temporariamente a pessoa dum ambiente onde se verificou um comportamento inaceitável. O objectivo é remover essa pessoa dum ambiente agradável e divertido levando à extinção do comportamento ofensivo. É uma técnica educativa e paternalista recomendada por pediatras e psicólogos de desenvolvimento como uma forma eficaz de disciplinar.

Para efeitos médicos o princípio mantém-se, apenas muda a metodologia. A equipa cirúrgica, antes de iniciar o procedimento, suspende toda a actividade não-crítica e assegura-se de que todos estão apresentados por nome e função, o local da intervenção no doente, a técnica cirúrgica que vai ser usada, os eventos adversos potenciais e sua prevenção, antibioterapia nos 60 minutos anteriores e se estão disponíveis os exames imagiológicos necessários.

Esta ferramenta de comunicação apesar de muito paternalista e não ser possível em muitas culturas não deixa de ser interessante por mostrar um caminho através da comunicação e obrigar a uma interacção e envolvimento entre todos os membros da equipa. Este momento é a última avaliação para que tudo decorra sem problemas de maior e o doente saia em segurança. Deve ocorrer imediatamente antes da indução da anestesia e o doente poderá participar e ser envolvido no processo de verificação.

Outro factor determinante para o sucesso do desempenho duma equipa, no bloco operatório ou noutra local é aquilo que é conhecido por “*team situation awareness*”(TSA). Endsley²⁰ define *situation awareness* como sendo “*the perception of the elements in the environment within a volume of time and space, the comprehension of their meaning and the projection of their status in the near future*”. Este processo implica 3 momentos: A percepção, a compreensão e a projecção. O nível mais baixo de TSA em Anestesiologia e Cuidados Intensivos corresponde à percepção. Este é o momento em que a comunicação é crítica na qualidade e na quantidade. O sucesso desta fase depende inteiramente da “legibilidade” dos sinais e da receptividade em que se encontra o anestesiológista. Os sinais podem ser verbais, não-verbais, do ventilador, do monitor de sinais vitais, da equipa envolvida com o campo cirúrgico, registos do doente, telefonemas que chegam, entretanto, e outros sinais que contribuem de diferentes formas para o sucesso da segunda fase: a compreensão e integração de toda essa informação. Finda esta, o anestesiológista estará em condições de

projectar ou prever, terceira fase ou momento, a importância ou o impacto que a pretensa situação vai ter no doente e assim actuar em consonância. Schulz²¹ numa revisão de 200 incidentes críticos demonstra que erros relacionados com falhas de TSA foram responsáveis por 81% das ocorrências. As falhas de percepção (38%) e de compreensão (31,5%) foram as mais representativas sendo que as falhas de projecção (12%) tiveram um papel *minor* (Fig. 1).²¹

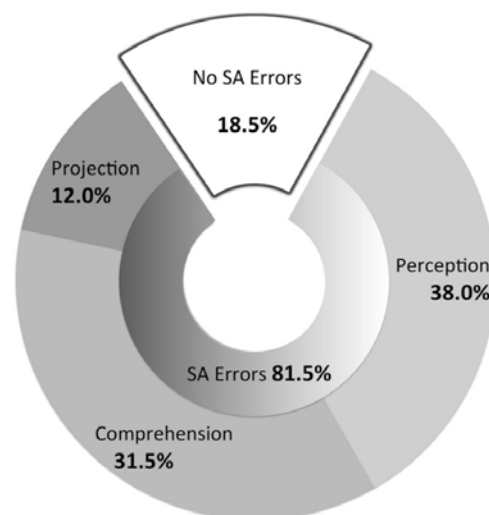


Figura 1. Situation Awareness: Distribuição de falhas em 200 incidentes críticos

Num estudo observacional muito interessante sobre incidentes e acidentes peri-operatórios, publicado em 2004 e destinado a implementar melhores práticas de comunicação no bloco operatório²² os autores defendem que o estudo do trabalho em equipa cada vez mais reconhece que o desempenho final depende dum conjunto e da interacção de vários factores como sejam liderança, competência técnica, coordenação, *situational awareness* e comunicação. Neste estudo observacional foram registadas 90 horas de trabalho de equipa para 48 procedimentos cirúrgicos que incluíram 94 profissionais tendo sido registados 421 eventos comunicacionais em que 129 foram classificados como errados. Os tipos de erro foram categorizados em “occasion” com 46%, correspondentes a erros de oportunidade, “content” com 36%, correspondentes a informação incompleta ou imprecisa, “purpose” com 24% que não permitiram resolver o problema, e “audience” com 21% em que houve elementos-chave do grupo que não receberam informação. Houve erros que caíram em mais do que uma categoria. Os autores chamam a atenção para cinco pontos essenciais que retiram das conclusões:

1. A comunicação ineficaz dentro da equipa cirúrgica é frequente e está na raiz do erro médico, mas pouco se sabe acerca da forma específica como actua a falha de comunicação.
2. Este estudo observacional consegue identificar quatro categorias de comunicação falhada: Erro de ocasião (momento

inoportuno), erro de conteúdo (insuficiente ou impreciso), erro de orientação (má identificação do problema) e erro de audiência (falta ou distração de elemento do grupo).

3. Cerca de 30% dos erros de comunicação surgem nas trocas de informação.

4. As falhas de comunicação mais frequentes envolveram trocas tardias de informação com perda de oportunidade e trocas de informação incompletas por falta de conteúdo relevante.

5. Um terço das falhas de comunicação teve efeitos imediatos sobre a equipa com ineficiência nas ações e ansiedade com tensão nas pessoas.

APRENDER A USAR A TÉCNICA DE COMUNICAR

De alguma forma, e talvez por força das circunstâncias, os anestesiolistas são exímios, ou pelo menos, bons comunicadores na maior parte das circunstâncias em que se encontram (Fig. 2).²³



Figura 2. O papel da comunicação na coordenação da equipa

Eles conseguem colher uma história clínica focada e dirigida, muitas vezes em situações graves e de tensão, eles executam procedimentos invasivos e delicados com doentes ansiosos e acordados falando e usando recursos para relaxar e dar conforto. Comunicam também com uma grande variedade de colegas, personalidades de formações distintas como administradores, manutenção de instalações e outros. São treinados para fazer palestras e apresentar estudos científicos. Acontece que esta capacidade não nasceu com o profissional. Ela foi sendo aprendida ao longo da sua actividade e em resposta às necessidades suscitadas por esta. A técnica de comunicar aprende-se. Não é inata. E há muito mais a ensinar do que o tradicional “dar as más notícias”. É profundamente errado pensar que tudo o que digo ou ouço é tal como pensei, interpreto ou percepciono. Não só

a linguagem falada, mas também a linguagem não-verbal deve ser objecto de atenção do profissional. Estudos referem que a linguagem não-verbal é a principal responsável pela reacção à mensagem. Birdwhistell²⁴ em 1995 considerava que “apenas 35% do significado social de qualquer interacção corresponde às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multissensorial que, de vez em quando, verbaliza”. Hoje há estudos que apontam para apenas 20% de participação da linguagem verbal. Ou seja, a reacção, decisão ou atitude do doente e da família, responde sobretudo à forma como comunico e muito menos ao que eu digo. Esta é uma das razões pelas quais o desagrado e o litígio são possibilidades tão frequentes em Medicina, sobretudo em situações próximas do *burnout* profissional pois a forma paternalista ou autoritária, vaga ou desinteressada, tantas vezes sem sinais de empatia, como nos expressamos é o que mais impacto vai ter no interlocutor. Mais do que o conteúdo que tentamos transmitir. É fundamental criar o ambiente, escolher o momento, não ceder à facilidade de falar para “arrumar” o assunto, controlar as expressões não-verbais, mostrar contenção nas palavras e nos conceitos, escolher e explicar os termos técnicos. Não esquecer que o tema da conversa é o doente e a família e não o médico ou a técnica que foi usada. Falar para transmitir efectivamente uma mensagem e não para acrescentar mais uma “pedra” e 30 cm ao seu já elevado “pedestal”. E ouvir. Ouvir bem antes de falar, na disposição de mudar o discurso no conteúdo e na forma, se tal for necessário. Perceber se as preocupações do doente e da família estão completas ou se há que introduzir algum tema adicional e indispensável.

Existem alguns aspectos que são estruturantes na comunicação do anestesiolista.²⁵ Estes incluem escuta e observação reflexivas, aceitação de diferentes realidades, utilização e sugestão. A escuta e observação reflexivas é talvez o exercício mais difícil para o médico que está habituado a dizer ao doente o que fazer sem se deter muito sobre o que verdadeiramente preocupa o doente. Assim, no fim da entrevista o anestesiolista coloca mentalmente 4 questões a si próprio: Primeira, ouvi bem o que foi dito? Segunda, entendi o que o doente ou a família disseram? Terceira, será que o doente ou a família sabem que foram ouvidos? Quarta, será que sabem, ou têm a certeza, que foram compreendidos? Por vezes o anestesiolista vê-se confrontado com paradoxos aparentes. Por exemplo, é difícil aceitar que um doente com *piercings* nos mamilos e na língua tenha medo de agulhas. Há que respeitar, no entanto, uma declaração inesperada como esta. O medo de se infectar durante a cirurgia ou de não acordar da anestesia para quem usa drogas pesadas e se injecta em condições de higiene duvidosa pode criar uma situação pouco confortável para o anestesiolista e para o doente. Por vezes somos confrontados com doentes que exigem uma espécie de anestesia *à la carte*.... Querem propofol e fentanil

e não percebem porque têm que ser curarizados para a intubação traqueal. Ou querem ir para a unidade de cuidados intensivos a seguir a uma cirurgia sem risco significativo e sem patologia associada. Com as “meias e más-informações” disponíveis na Internet cada vez somos mais confrontados com perguntas e requisitos inesperados. Para que se aceitem estas realidades há que treinar e desenvolver a flexibilidade cognitiva por parte do anestesiológista.

O conceito de utilização, transformação em útil, é talvez aquele que por si só é o mais importante a facilitar a comunicação anestesiológica. Consiste em refazer o pensamento dum doente sobre um aspecto que o preocupa e o perturba e transformá-lo num pensamento útil ao processo. A utilização envolve mais que palavras. Usa analogias e metáforas ou mesmo um aspecto da vida do doente que facilita a compreensão do problema e leva a uma solução. Isto funciona bem com crianças que dialogam e argumentam. Por exemplo, a criança não quer a máscara porque tem cheiro. Diz-se à criança que realmente tem um cheiro mau, conquistando a sua atenção, mas em vez de inspirar diz-se para soprar o cheiro com força para longe. Quando a criança se queixa que a máscara não a deixa respirar, podemos sugerir-lhe que a máscara é para brincar aos astronautas e que pode falar à vontade para as “naves” dos outros meninos dizendo o seu nome e o da escola onde anda ou o nome do herói favorito.

Noutra situação o doente fica assustado com o número de pessoas na sala de operações. Pode-se apresentar cada uma e a função importante que tem no seu tratamento.

O princípio da sugestão pode concretizar-se por comunicação verbal ou não-verbal que leve a respostas subliminares, não-deliberadas, no humor, percepção ou comportamento.

Uma sugestão directa pode ser: *“Não, não vai ter dores como pensa e o pós-operatório vai ser rápido. A cicatrização nestas circunstâncias costuma ser fácil e completa”*.

Uma sugestão indirecta na indução da anestesia consiste em atribuir a previsão a factos que o doente não pode contestar, uma evocação: *“Devo dizer que nunca vi um doente vomitar ao acordar desta anestesia. Aliás, todos começam a comer no dia seguinte”* se o medo expresso do doente era vomitar.

Uma sugestão negativa a evitar é, por exemplo, dizer à mãe, no momento da indução anestésica numa criança: *“Quer dar um beijo de despedida ao seu filho?”*

Há um conjunto de assunções que é preciso aceitar para que a aprendizagem da comunicação resulte.²⁶ A primeira diz que a comunicação é uma competência básica do anestesiológista. Chegados aqui, se não se concorda, não vale a pena continuar. A segunda, que a comunicação médica é uma competência que resulta dum conjunto de competências aprendidas e não é um traço de personalidade. Não quer dizer com isto que todos aprendam da mesma forma e que a comunicação resulte eficaz do mesmo modo. Quer dizer que não nos podemos

escusar a aprender. A terceira diz que o treino e a experiência apenas, por si, não chega. Na verdade, se a comunicação é um fenómeno partilhado por dois ou mais indivíduos a ausência de *feedback* de quem recebe ou emite ou observa permite que se estabeleçam vícios que acabam por afectar o resultado. Assim, quer a aprendizagem teórica quer o *coaching* devem manter-se ao longo da vida profissional. Em quarto lugar, o inverso também é verdade: a aprendizagem teórica não chega. Posso compreender e memorizar, mas se não treinar, tal como no desporto, não consigo evoluir. Em quinto lugar é preciso aceitar que aprender e ensinar a comunicar não são a mesma coisa. Não estamos a começar a aprender pois já trazíamos noções e soluções. Já comunicamos. O que falta ou o que está mal tem de ser avaliado e corrigido. Exige uma formação especial. Finalmente, o tempo. Saber comunicar não significa que as consultas ou a observação do doente vão demorar menos tempo. O nível de competência em comunicação não se traduz unicamente em poupança de tempo, mas também em precisão, resultados clínicos, satisfação dos doentes e familiares, melhor funcionamento da equipa e, muitas vezes, menos despesa para a instituição e para os doentes.

Finalmente, quando se aprende ou se ensina comunicação médica convém distinguir três categorias de competências:

1. Competência nos conteúdos, que tem a ver com o que se sabe de técnica e ciência médicas;
2. Competência no processo, que se refere à forma como se ouve, como se pergunta, como estabelece relação com o interlocutor, como se estrutura uma explicação;
3. Competência na percepção, relativo à forma como cada um lida com as percepções e como estas afectam a relação com o interlocutor ou o desempenho e a acção decorrentes da mensagem.

SMART ANAESTHESIA (SA)

Assim designada a actividade anestesiológica assistida por dispositivos inteligentes, ou pelo menos, tecnologicamente muito evoluídos como *tablets* ou telemóveis que correm aplicações úteis na comunicação ou na decisão em anestesia. O impacto na utilização destes recursos já é significativo nos dias de hoje,²⁷⁻³⁰ mas o desenvolvimento uniformemente acelerado a que se tem assistido, quer na investigação quer na comercialização, leia-se democratização, desta *hi-tech* com desempenhos extraordinários e que ficamos a dever, em grande parte, a videojogos e à comunicação de entretenimento através das redes sociais, criou janelas amplas de oportunidade para as chamadas *apps* mas de cariz profissional. Para as conhecer é muito fácil. Basta aceder às plataformas habituais e disponíveis em qualquer terminal portátil ou mesmo aos *sites* das sociedades científicas. Uma das áreas onde as tecnologias da informação mais prometem é na compilação, integração e processamento de informação no contexto da *situation awareness*³¹ pela rapidez com que

centralizam e tratam os sinais informativos e os processam, podendo fornecê-los ao anestesiológista numa forma bastante mais legível, minimizando a margem de erro, pelo menos na componente de Percepção. Embora não haja propriamente uma entidade médica que certifique as *apps* e os *softwares* que vão surgindo, garantindo a sua fiabilidade, a verdade é que estes estão a ser usados e os resultados sugeridos assistem efectivamente o anestesiológista que as usa.³² Seguramente assistiremos num futuro próximo ao desenvolvimento de ferramentas de comunicação baseadas em inteligência artificial que virão facilitar a actividade clínica.

CONCLUSÃO

A comunicação é, portanto, parte integral de todo e qualquer aspecto da actividade do anestesiológista. Não importa se o anestesiológista está na consulta pré-anestésica, na sala de emergência ou na unidade de cuidados intensivos ou no bloco operatório. Embora o anestesiológista sempre tenha demonstrado ser, ou desenvolver-se como, um comunicador competente isso nunca ficou explícito nos programas de formação em Anestesiologia.³³ É necessário estabelecer e testar o ensino da comunicação no internato de Anestesiologia que permita não só estruturar a relação do anestesiológista com o doente e a família, mas melhorar a eficiência do seu trabalho em equipa, diminuir os conflitos e apoiar o seu desenvolvimento científico e pedagógico enquanto investigador ou tutor de outros internos.³⁴ A comunicação é uma competência básica para o anestesiológista. A comunicação integral ou compreensiva na prática clínica não só merece como deve ser um componente obrigatório, porque essencial e transversal, nos programas de formação dos futuros anestesiológos. A sua aceitação e utilização virá ratificar de forma inequívoca a orientação da Anestesiologia para o doente.

Parafraseando Suzane Kurtz²⁶: *“Over the years people have said to me too often: “Yes but if you had to decide between a doctor with effective communication skills and one with medical competence, which would you choose?” Given all that we know, my resolute response has become: “We shouldn’t have to choose anymore.”*

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors report no conflict of interest.

Funding Sources: No subsidies or grants contributed to this work.

Submissão: 28 de agosto, 2018 | Aceitação: 28 de agosto, 2018
Received: 28th of August, 2018 | Accepted: 28th of August, 2018

REFERÊNCIAS

1. Breggin P. The Heart of Being Helpful: Empathy and the Creation of a Healing

- Presence. New York: Springer Publishing Company; 1997.
2. Biology 1520. Georgia Tech Biological Sciences.[consultado em Jan/2018] Disponível em: <http://bio1520.biology.gatech.edu/nutrition-transport-and-homeostasis/animal-circulatory-systems/>
 3. Oliver MF, Matthews BE, Rogers ME. Circulatory system: Anatomy. [consultado em Jan/2018] Disponível em: <https://www.britannica.com/science/circulatory-system>
 4. Jonas H. O Princípio Responsabilidade - Ensaio de Uma Ética Para a Civilização Tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.
 5. Informe Belmont. Principios y Guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación USA, 1979. [consultado em Jan/2018] Disponível em: <https://www.bioeticaweb.com/el-informe-belmont-principios-y-guías-acticas-para-la-protección-de-los-sujetos-humanos-de-investigación-18-abril-1979/>
 6. Dyrda L. Five strategies to improve surgeon OR communication with anesthesiologists. [consultado em Jan/2018] Disponível em: <https://www.beckersasc.com/anesthesia/5-strategies-to-improve-surgeon-or-communication-with-anesthesiologists.html?tmpl=component&print=1>
 7. Kopp VJ, Shafer A. Anesthesiologists and perioperative communication. *Anesthesiology*. 2000;93:548-55.
 8. Hool A, Smith AF. Communication between anaesthesiologists and patients: how are we doing it now and how can we improve? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2009;22:431-5.
 9. Harms C, Young JR, Amsler F, Zettler C, Scheidegger D, Kindler CH. Improving anaesthetists' communication skills. *Anaesthesia*. 2003; 58:1-7.
 10. Communicating with Patients: Advice for Medical Practitioners. Canberra: Australian Government; 2004. (Documento histórico suspenso em 2015)
 11. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med*. 1964;270:825-7.
 12. Moorhead R. Communication skills training for general practice. *Aust Fam Physician*. 1992;21:457-60.
 13. Gauntlett R, Laws D. Communication skills in critical care. *Contin Edu Anaesth Crit Care*. 2008; 8: 121.
 14. Smith AF, Mishra K. Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. *Br J Anaesth*. 2010; 105: 60-8. doi:10.1093/bja/aeq132
 15. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139.
 16. Dutton R. Thinking about medical errors. *The Communique*, Summer 2016. [consultado em Jan/2018] Disponível em: http://www.anesthesiallc.com/images/communique_files/summer2016_09_15_2016_12-54-30/Communique_Summer16.pdf
 17. American Association of Nurse Anesthetists. Patient-Centered Perioperative Communication. Practice Considerations. [consultado em Jan/2018] Disponível em: [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/patient-centered-perioperative-communication.pdf](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/patient-centered-perioperative-communication.pdf)
 18. The Joint Committee on Good Practice. The Good Anaesthetist Standards of Practice for Career Grade Anaesthetists. London: Royal College of Anaesthetists; 2010.
 19. The WHO Surgical Safety Checklist. [consultado em Jan/2018] Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf
 20. Endsley MR. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Hum Factors*. 1995; 37: 32-64.
 21. Schulz CM, Krautheim V, Hackermann A, Kreuzer M, Kochs EF, Wagner KJ. Situation awareness errors in anaesthesia and critical care in 200 cases of a critical incident reporting system. *BMC Anesthesiol*. 2016;16:4. doi: 10.1186/s12871-016-0172-7.
 22. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:330-4. doi: 10.1136/qshc.2003.008425
 23. Lynn J. Healthcare Communication Cartoon – Fun Friday. *EMR & HIPAA*. Publicado em 7 de Julho 2017. Consultado em 28 Agosto de 2018. <https://www.emrandhipaa.com/emr-and-hipaa/2017/07/07/healthcare-communication-cartoon-fun-friday/>
 24. Birdwhistell RL. Kinesics and context: essays on body motion communication. 4th ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1985.
 25. Cyna AM, Andrew MI, Tan SG. Communication skills for the anaesthetist. *Anaesthesia*. 2009;64:658-65. doi: 10.1111/j.1365-2044.2009.05887.x.
 26. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci*. 2002; 29: S23-S29
 27. Mosa AS, Yoo I, Sheets L. A systematic review of healthcare applications for smartphones. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012;12:67. doi: 10.1186/1472-6947-12-67.
 28. Green MS, Mathew JJ, Venkatesh AG, Green P, Tariq R. Utilization of smartphone applications by anesthesia providers. *Anesthesiol Res Pract*. 2018;2018:8694357. doi: 10.1155/2018/8694357
 29. Compère V, Grogno A, Moriceau J, Dureuil B. Mobile phone text messaging reminder decreases the rate of nonattendance at a preoperative anaesthesia clinic. *Eur J Anaesthesiol*. 2017;34:566-7. doi: 10.1097/EJA.0000000000000607

30. Roy RC. Smart anesthesia—another way of communication during emergence from anesthesia using a smartphone. *Anesth Analg.* 2016;123:518. doi: 10.1213/ANE.0000000000001400.
31. Parush A, Kramer C, Foster-Hunt T, Momtahan K, Hunter A, Sohmer B. Communication and team awareness in the OR: Implications for augmentative information display. *J Biomed Inform.* 2011;44:477-85. doi: 10.1016/j.jbi.2010.04.002.
32. Shinde P, Sudhir G. Smart phone as a communication aid: 17AP4-5. *Eur J Anaesthesiol.* 2013; 30:243.
33. Fletcher GC, McGeorge P, Flin RH, Glavin RJ, Maran NJ. The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *Br J Anaesth.* 2002;88:418-29.
34. Hemanth Kumar VR, Jahagirdar SM, Ravishankar M, Athiraman UK, Maclean J, Parthasarathy S. Perioperative communication practices of anesthesiologists: A need to introspect and change. *Anesth Essays Res.* 2016; 10: 223-. doi: 10.4103/0259-1162.167848.