

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA OBSERVAÇÃO CLÍNICA ¹

Abram Eksterman²

Ver e Ouvir

Um dos principais significados que se atribui à palavra observar é o de *olhar com atenção*. Esse é o sentido médico. O doente que está em observação é o que está sendo visto. A observação clínica é o resultado de uma visão ampla e atenta de um caso médico. Ver é a via régia para a composição de um quadro clínico. A tarefa médica está essencialmente apoiada na faculdade visual e é ela que assegura o que se convencionou chamar de objetividade clínica. *O questionamento da objetividade médica exclusivamente apoiada no ver é o principal propósito desta exposição.*

À primeira vista podemos objetar que uma discussão desse gênero parece excessivamente trivial, sem conseqüências práticas e estimulada por premissas falsas. Afinal, o médico obviamente também recorre a audição e a todo sistema sensorial capaz de lhe fornecer os dados necessários para compreender um quadro patológico. Assim, não nos restaria outra alternativa senão a de considerar desde já como inteiramente inútil o plano deste trabalho.

A essa objeção contrastamos o fato de que as informações clínicas obtidas por outras vias sensoriais, para se incorporarem ao raciocínio médico, devem ser reduzidas ao parâmetro visual. O fenômeno clínico, para não ser marginalizado na prática médica, *deve ser visto*. Uma anamnese cuidadosa deve levar ao ver. Um sintoma adquire cidadania médica quando pode ser transformado em sinal de algo que é ou poderá ser visível. Dor, sem a visualização da lesão, pela ectoscopia, miografia, endoscopia, cintigrafia, fórmulas químicas, cifras, arranjos moleculares, etc., é relegada ao conselho fácil, à fé ou ao psiquiatra.

Acrescente-se que o ver não nos fornece mais que imagens estáticas, mesmo que o objeto se mova. O movimento do objeto nos coloca diante de uma sucessão de imagens fixas e não na intimidade de uma existência em permanente interação com o seu mundo. Assinale-se que o próprio curso de Medicina toma como base o ensino de Anatomia, ou da peça inerte. É o cadáver a promover a relação com o ser vivo doente. E, sobretudo, o cadáver desconhecido. Mais não se exige para que a prática médica adquira posição dentro das ciências positivas, ou da Natureza. “Como a natureza possui suas leis – escreve D. Perestrello – há que descobri-las. Para isso, é

¹ Aula proferida no curso de Medicina Psicossomática realizado durante o XV Congresso Panamericano de gastroenterologia; Rio de Janeiro, 1977.

² Professor titular de Psicologia Médica da Fac. Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques (Rio de Janeiro). Diretor do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

preciso encontrar as *causas* dos fenômenos... A luz assume lugar importante nesse quadro, pois os objetos necessitam ser *vistos* e ter seus contornos nítidos a fim de serem delimitados, Assim, o que é fruto da imaginação desaparece e tudo se torna objetivo, sem mistério..." (D. Perestrello, 1974).

O positivismo do século passado efetivamente procurou desacreditar o imaginário. Só o fato tinha valor – o fato passível de visualização. Os fantasmas pareciam inteiramente banidos do convívio humano. Sabemos que esse modelo teórico tornou-se insuficiente para uma adequada prática clínica, pois esses fantasmas continuam – a despeito de todos os exorcismos científicos – integrados ao fenômeno patológico. Não o fantasma terrorífico das descrições medievais, mas os produtos fantásticos da mente irracional.

Tomemos, para ilustração, justamente a experiência do estudante de Medicina. Quando, em sua formação, o estudante passa do ciclo básico para o profissional, adquirindo o poder de intervir no destino do doente, torna-se presa de preocupações mórbidas com o próprio corpo, imagina-se doente, sente-se invadido pelas enfermidades dos pacientes com os quais entra em contato ou expostos nas salas de aula e enfermarias, ou mesmo pelas doenças mencionadas nas exposições teóricas. Nunca fiz uma estatística desse acontecimento, mas sempre tive a impressão (não confirmada) de que era muito comum, pelo que se depreendia das referências abertas que os próprios estudantes se encarregavam de veicular. A incidência não deve ser menor do que 50%. Chamei essa condição, já em 1963, de *hipocondria transitória do terceiranista*. Caracteriza-se por esses temores vagos de enfermidade, angústia, sintomas vegetativos variados, depressão freqüente com todas as suas conseqüências. Entendo esse fenômeno como o resultado de identificações mórbidas com o doente (ou com a doença, antropomorfizada), até então inerte e coisificado na figura de um cadáver. É como se aquele ser inerte e objeto passível de todas as manipulações, estendidos nas lousas das salas de anatomia, voltasse agora à vida, como o espetáculo sinistro de um fantasma que se torna real, suficientemente real para provocar efeitos reais na vida do estudante, por vezes dramáticos como o abandono da carreira médica ou ruptura de laços afetivos importantes. A síndrome perde a patogenicidade na medida em que o estudante, comumente auxiliado pelos próprios métodos curriculares, constrói novas defesas contra esse cadáver redivivo e assim restabelece o contato com os doentes, mais objetos vivos que autênticos seres humanos.

Para que esse objeto-doente seja sujeito e assim – só assim – possa integrar uma relação com o seu médico, impõe-se um novo instrumento de observação clínica. Refiro-me ao ouvir.

A relação médico-paciente, como objeto de estudo científico, não pertence ao campo visual. Faz parte da dimensão auditiva. O visível configura um mundo de três dimensões, todas presentes na experiência imediata do aqui-e-agora: estabelece o

espaço. O audível vai além da superfície das coisas; penetra no mundo das sombras e dele retira uma seqüência histórica. O ouvir dimensiona o *tempo*. Introduzindo a dimensão temporal dentro da patologia, entramos em contato com uma *pessoa*, e não apenas uma *doença*. A *Medicina da Pessoa* – no dizer de Perestrello (ib.) – é a Medicina da enfermidade inserida no contexto histórico. A história só pode ser relatada, e não vista, e o relato se faz pelos recursos lingüísticos, produtos de uma cultura. A dimensão histórico-humana pertence a outro discurso científico, o das ciências culturais.

O relato de um doente é possível dentro de um campo próprio de diálogo com o médico, no qual o que se diz possa fazer sentido. Esse campo de diálogo, que é ao mesmo tempo o campo de diagnóstico, é o que podemos chamar de relação médico-paciente. Há quem conceitue relação médico-paciente de uma forma mais ingênua. Resumindo-a na obediência a algumas regras de conduta, na criação de ambientes acolhedores, na paciência em ouvir os enfermos e na capacidade de utilizar expressões de conforto, além – é claro – de proporcionar amizade e confiança, enfim, ser capaz de empatia, com o que pretende sintetizar todo problema. Sem dúvida, é uma visão simplista. Tudo isso, embora importante, não faz parte do que chamamos relação médico-paciente do ponto de vista científico e objeto de uma disciplina curricular da formação médica chamada Psicologia Médica. Faz parte, isso sim, das pré-condições para o exercício profissional. O médico, obviamente, deve ser educado e interessado em seu doente. Caso contrário, deve procurar outra profissão.

A relação médico-paciente é um campo dinâmico, estruturado pelo que os participantes comunicam entre si. Nesse campo, ao contrário do que ocorre no campo visual, o que é visto é reduzido ao audível. Ou seja, um fato visível pode fazer parte de uma comunicação verbal, mas o fato é integrado em uma estrutura histórica e reduzido a uma expressão lingüística. Por exemplo: alguém pode queixar-se de ardor epigástrico, dor, etc., e o médico visualizar uma úlcera péptica. Por outro lado, o doente pode mostrar a radiografia de uma úlcera péptica e naquele momento o ato significar: “Dr., trate-me como um bebê que precisa deleite”.

Ver e ouvir são portanto dois ângulos complementares de observação clínica. Vemos a doença; ouvimos o doente. Vemos um objeto; ouvimos o sujeito. E ouvindo, o doente se transforma numa pessoa na medida em que se transfigura num ser histórico. Só se pode falar em relação médico-paciente quando nela se introduz a dimensão histórica graças ao ouvir. Para melhor se compreender a integração temporoespacial do ver-ouvir, e a conseqüente estruturação de um campo de relações clínicas, é importante assinalar alguns problemas relativos à comunicação médico-paciente.

Algumas Considerações sobre Comunicação Médico-Paciente

Freqüentemente não é levado em consideração que registro clínico não equivale a diálogo médico-paciente. O registro clínico compõe a totalidade das informações que, mantidas em arquivo, podem a qualquer momento ser consultadas, fornecendo ao médico um retrato evolutivo de uma patologia e das medidas médicas adotadas. O registro clínico deve ser composto de uma forma lógica tal que permita que as informações nele contidas ofereçam flagrantes amplos e rápidos da situação do doente. Deve ser padronizado, para que as consultas tenham a maior eficácia. O registro clínico é o informante valioso do médico e estrutura uma equipe de saúde na medida em que se torna objeto do interesse de um grupo de pessoas empenhadas naquela ação de saúde. Além disso, oferece os indispensáveis subsídios a pesquisa e as generalizações clínicas fundamentais à simplificação do raciocínio diagnóstico.

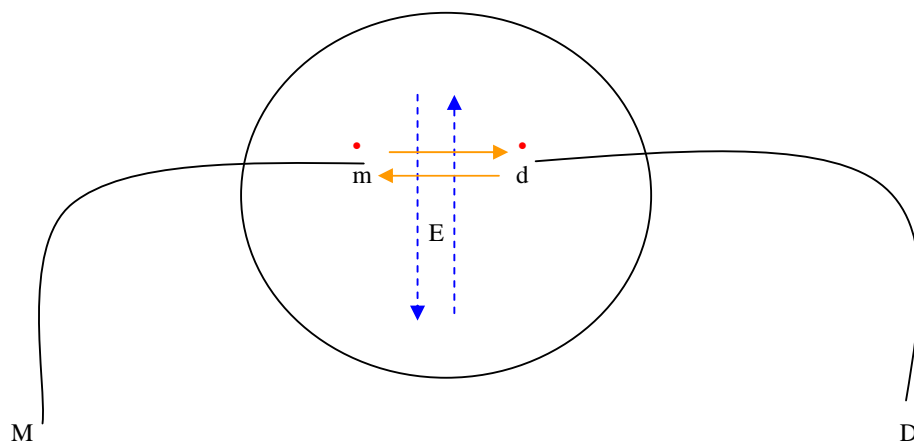
Claro está que a técnica do registro clínico não pode se superpor à do diálogo médico. Não se pode exigir que o doente preste informações na seqüência exigida pelo registro. No entanto, é exatamente isso que na prática costuma ocorrer: impõe-se ao doente que fale como se o registro estivesse sendo realizado naquele momento. É a razão imediata das anamneses dirigidas, na qual se buscam informações sobre a doença e o passado do doente através de um roteiro preestabelecido de perguntas. Há, inclusive, quem ofereça ao doente um papel de registro para que o doente o preencha, como se fosse uma espécie de declaração fiscal. A principal crítica não é dirigida à técnica de perguntar, mas ao diálogo estereotipado. Pode-se claramente perceber que a estereotipia imposta pelas anamneses dirigidas é o resultado de construções defensivas ao relacionamento clínico, quando o doente é percebido como objeto e assim reduzindo-se a um mínimo o campo de interação humana. A relação médico-paciente estereotipada tem a finalidade irracional de extinguir a própria relação médico-paciente.

Uma digressão se impõe para melhor esclarecer esse ponto. Do estudo da psicologia de grupo extraímos a conclusão de que um grupo se estrutura de acordo com os vetores do processo primário. Por processo primário quero me referir aos processos mentais inconscientes, que tem uma lógica própria, a lógica dos desejos. É expressão criada por Sigmund Freud, já clássica, e designa os processos mentais dos sonhos. Foi justamente aqui que reencontramos os fantasmas banidos pelo positivismo. Continuando o raciocínio: um grupo a dois – médico e paciente, por exemplo – pode ter um objetivo comum: a terapêutica, racional e aceita. Mas se estrutura de acordo com desejos inconscientes, irracionais e pode, por isso mesmo, voltar-se irracionalmente contra si mesmo e se extinguir. Se ambos os participantes estiverem mutuamente interessados em um contato estereotipado, intensamente defensivo, a relação pode ser quase extinta sem que com isso ocorra a separação dos participantes. Mas essa separação pode ocorrer e é bastante freqüente. *A separação médico-paciente é o efeito colateral e iatropatogênico mais importante de uma comunicação estereotipada.*

Ouvir o doente é permitir que ele fale. Não somente a doença deve ser exposta em seus sinais e sintomas; não somente os comemorativos de uma vida. Devemos permitir que os próprios fantasmas do mundo irracional se manifestem. O médico deve saber reconhecê-los bem. Só assim poderemos diferenciar o que é fantasmático do que é real. *A objetividade clínica se obtém em contraste com a subjetividade.* É o par antitético objetividade-subjetividade que nos proporciona a necessária síntese objetiva. O visível da comunicação oferece os fatos objetivos; o audível, os fatos subjetivos: ambos estruturam a compreensão diagnóstica. O diálogo clínico deve ser aberto e livre, embora definido por um objetivo. O objetivo é sempre a compreensão do caso clínico que leva a conduta terapêutica adequada. Consideramos de fundamental importância a aprendizagem de técnicas de diálogo no curso de formação médica. Um diálogo, cujo exercício por si só é influente no sentido da patologia ou da terapêutica, não pode ser deixado aos azares da arte.

O Campo Dinâmico Médico-Paciente

A interação do ver e ouvir permite compreender a relação médico-paciente como um campo dinâmico de forças. O campo pode ser esquematizado da seguinte forma.



M = membro da equipe de saúde em sua trajetória existencial

D = doente em sua trajetória existencial

E = campo interacional

→ = campo interacional estabelecido pelo ver

--> = campo interacional estabelecido pelo ouvir

As curvas M e D, representadas nesse esquema, referem-se às trajetórias existenciais do médico e do doente, respectivamente, que se encontram no campo E. As trajetórias M e D são processos históricos interrompidos nos pólos de encontro clínico, m e d, onde se estrutura um campo de indução emocional, formado e mantido por esses pólos. Os pólos contêm a história de vida de cada um dos participantes. É a representação sincrônica da trajetória diacrônica M e D. O ver estabelece o campo de influência no sentido horizontal. O ouvir estabelece um campo de influência aqui representado no sentido vertical. A interação das histórias do médico e do paciente, através da comunicação lingüística e outras formas de comunicação extraverbal, portanto através do *ouvir*, constróem um novo médico (Mt) e um novo doente (Dt), cada um deles resultado do que existe de função médica no médico e no paciente, e do que existe de aspectos doentes, também no médico e no paciente. Assim, no campo vertical, forma-se um novo médico que interage com um novo paciente (não é necessário insistir que estamos tratando de um modelo teórico). A ação diagnóstica se faz no sentido horizontal: o problema clínico (a doença) é identificado pela visualização. A ação terapêutica se processa no sentido vertical: o “médico” do campo de relações trata da doença inserida no contexto histórico do “doente” desse mesmo campo. Imaginemos que os processos horizontais e verticais – de diagnóstico e tratamento – estão em permanente interinfluência. O modelo é uma adaptação do psicanalítico em que os conceitos de transferência e contratransferência são utilizados (M. e W. Baranger, 1961/2).

Como ilustração, podemos esquematizar algumas possibilidades, todas freqüentes na prática clínica:

1. O doente que não fala, comatoso, e que portanto apresenta mínimos aspectos históricos. A ação terapêutica é exercida de acordo com a história do médico, ou seja, de acordo com seus antecedentes emocionais, suas expectativas em relação ao caso, suas dificuldades ou facilidades em lidar com problemas do gênero, etc. É a terapêutica impregnada pela pessoa do médico.
2. O médico muito defendido, ausente da relação clínica, distante e mecânico. A ação terapêutica recebe influência poderosa das expectativas do doente, seus interesses racionais, modelos terapêuticos insólitos, etc. É a terapêutica impregnada pela história do paciente, o que comumente leva ou induz a iatropatogenia.
3. O campo diagnóstico com escassas informações visuais. A ignorância ou ausência de dados é substituída pela fantasia dos participantes. Dependendo das características da história do médico e do paciente, essas fantasias podem assumir formas terroríficas. É a impregnação do raciocínio diagnóstico por elementos do mundo emocional.

Vários arranjos podem ser feitos. O esquema principalmente permite compreender por que os casos clínicos são sempre singulares na ação terapêutica,

mesmo que o quadro clínico possa ser comum a muitos doentes. O diagnóstico clínico pode ser comum; a ação terapêutica é sempre particular e é função do campo dinâmico estruturado pela pessoa do médico e do paciente. Uma ação terapêutica eficaz, o é também para a pessoa do médico; inversamente, uma ação patogênica ou ineficaz também influencia negativamente o médico. A ação terapêutica se exerce sobre os participantes da ação médica e não apenas sobre o doente real.

Levando em consideração que a ação médica recebe influências importantes dos componentes irracionais da personalidade do médico e do paciente, obscurecendo a objetividade clínica, algumas medidas se impõem para a sua prevenção e controle. Com esse propósito, tenho proposto a *história da pessoa*.

A História da Pessoa

A *História da pessoa* é comunicada espontaneamente desde que o desenvolvimento da anamnese seja feito de modo natural, sem forçar o relato do paciente e sem impor a ele uma direção rígida. A história da pessoa apresenta-se no diálogo clínico como a trama conjuntiva dos dados relativos à enfermidade. A relação médico-paciente se estabelece por intermédio dessa trama e é por ela que o doente se faz conhecer. Todos os processo psicológicos que envolvem o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisões terapêuticas recebem sua influência. A história da pessoa é sempre comunicada ao médico; sua valorização e registro rotineiro no prontuário é que não tem sido habitualmente utilizados.

A história da pessoa se compõe de três aspectos intimamente correlacionados:

A biografia do doente

O que importa no caso é o relato biográfico e não a veracidade do mesmo. Essa é a diferença essencial entre ver e ouvir o mesmo fato. O relato fornece uma biografia mais como o doente a viveu. É em função dessa biografia que o paciente constrói sua imagem e estabelece relações com o seu mundo. Aí se imprimem seus traços patológicos. Nessa biografia podemos aprender a versão particular do doente relativa às condições de nascimentos e cuidados pós-natais; às relações com o ambiente familiar durante a infância; às relações com os irmãos; à escolaridade e relações no ambiente de aprendizagem; ao período crítico da adolescência; ao desenvolvimento psicosexual; ao trabalhos e suas relações com o ambiente profissional; as relações matrimoniais, aos filhos e relações familiares; aos hábitos e crenças; à sua integração social. O doente deixa de ser tratado como uma máquina de fornecer informações durante a observação clínica e o caminho para a cooperação terapêutica fica consolidado. A rememoração biográfica durante a observação clínica

tem efeito psicoterápico, na medida em que alguns núcleos de conflito são reexaminados com um médico atento e interessado. Por outro lado, o próprio médico pode se situar de maneira mais autêntica junto ao doente, mais humano, mais consciente de suas limitações e possibilidades, enfim, sem se envolver com os desígnios irracionais do paciente. É curioso assinalar como a valorização dos aspectos subjetivos do relacionamento clínico possibilita uma maior objetividade clínica e, conseqüentemente, uma maior eficácia terapêutica. Sobretudo, na primeira fase da atenção médica – a fase diagnóstica – esse aspecto é de grande importância. Uma das racionalizações mais freqüentes que muitos médicos lançam mão para justificar seu distanciamento emocional é justamente porque crêem que o interessar-se pelos aspectos emocionais de seus pacientes pode levá-los a um envolvimento prejudicial. É precisamente o contrário que ocorre. Para se evitarem os fantasmas do mundo subjetivo é necessário conhecê-los e com eles viver numa camaradagem permanente. É o tributo que se rende ao passado para poder se viver mais confortavelmente (e com mais saúde) no presente.

As circunstâncias do adoecer

É a análise das crises vitais. Conhecemos a importância da depressão como favorecedora da enfermidade. Toda crise vital é assim considerada porque envolve perdas. Nunca se adquire algo, sem perdas simultâneas. Partimos do postulado, quase axiomático, de que a enfermidade se instala em períodos de crise vital. A não ser os casos de acidentes, e mesmo esses, freqüentemente, ocorrem em períodos muito especiais da vida. A enfermidade, nesse contexto, apresenta-se como resultado de uma adaptação mal sucedida a uma crise vital. Constrói-se assim um modelo vicioso de resolução de dificuldades. E é esse modelo que passará a ser utilizado em novas crises. Na relação médico-paciente, reproduzem-se essas crises vitais, ou pelo menos os vetores básicos dessas crises. O conhecimento das circunstâncias de vida nas quais sobreveio a enfermidade possibilita evitar a revivescência das mesmas circunstâncias morbígenas no relacionamento clínico. A relação médico-paciente pode ser fonte de graves iatrogenias, algumas das quais induzidas pelo paciente sem que o médico disso se aperceba.

A relação com o médico

Os modelos biográficos se reproduzem no convívio clínico. É o conhecido fenômeno da transferência. O estudo da relação com o médico confunde-se com a análise do campo médico-paciente. O relacionamento assimétrico médico-paciente é facilitado por vínculos emocionais arcaicos. É a razão por que o paciente se submete, sem maiores justificativas (a não ser a promessa vaga de cura) a rituais, mais ou

menos complicados, seja na anamnese, no exame físico, nas técnicas diagnósticas e na prescrição terapêutica. Alguns desses rituais são cientificamente justificados; outros escapam à compreensão corrente. São diretamente derivados de necessidades inconscientes, embora possam ser – e frequentemente o são – racionalmente justificados. Alguns – não há como deixar de comparar – assemelham-se aos antigos e primitivos ritos xamânicos.

A história da pessoa, como já foi assinalado, permite a singularização do caso clínico e a individualização dos métodos terapêuticos. O ato médico harmoniza-se com o processo histórico do paciente. É ela que permite a inclusão da dimensão histórica na observação clínica através da valorização do que se ouve no relato do doente.

Conclusões

A observação clínica construída sobre uma efetiva relação médico-paciente permite acompanhar o desenvolvimento de um “processo clínico”, termo pelo qual designo a evolução do conjunto estruturado no campo dinâmico formado pelo médico e pelo paciente. O processo clínico se estende do primeiro contato clínico à alta do paciente. A análise desse processo tem sido regularmente realizada por mim em grande número de casos. Permite evidenciar que os processos adaptativos do paciente estão também representados nos membros da equipe de saúde responsável por seu tratamento. Como se o ego do paciente fosse uma massa sincicial abrangendo os demais egos da equipe. Concordamos inteiramente com I.L. Luchina nesse particular de que o prognóstico de uma enfermidade é determinado pela forma como o paciente se organiza com o seu médico.

É isso que pretendíamos mostrar. A observação clínica que leva ao diagnóstico e ao tratamento dependem da estruturação do relacionamento médico-paciente. O estudo permanente desse relacionamento, às vezes exigindo a presença de especialistas, tem se mostrado freqüentemente decisivo para uma evolução favorável do caso clínico. Sirvo-me aqui, como referência básica, do que Perestrello em sua *Medicina da Pessoa* já expôs com perfeição: “De modo que, o *eu* que observa o *outro*, ao contrário de se excluir, penetra no outro e é com essa penetração empática que indagará se o que o outro apresenta encerra ou não uma relação de sentido com o resto da sua existência, dele outro. Esta é a tarefa do observador: integrar o dado no conjunto significativo existencial. Com este ‘o que o outro apresenta’ quero referir-me a qualquer dado, seja um sentimento de acaso ou de tristeza, seja uma cólica ou lesão de pele”.

Essa integração no conjunto significativo existencial possivelmente obrigará uma ampla reformulação da ação médica. Talvez menos utópica do que possa parecer.