

JOÃO ALCEU TITTON

A CONSULTA MÉDICA.
Análise dos Elementos que a Compõem.

Monografia apresentada ao Curso de Mestrado em Medicina Interna do Departamento de Clínica Médica do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Medicina.

CURITIBA
1987

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho só foi possível graças a participação peculiar dos elementos citados a seguir, aos quais agradeço profundamente.

Os doentes.

A Biblioteca do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Os Residentes de Clínica Médica com quem convivo desde 1967.

Os amigos que ouviram e alimentaram discussões sobre o assunto.

ORIENTADOR

PROFESSOR RICARDO PASQUINI

ÍNDICE

| | | |
|------|---|----|
| I. | INTRODUÇÃO | 1 |
| II. | O DOENTE | 3 |
| | (Atributos da Pessoa: 1. Mente; 2. Passado; 3. Experiências; 4. Família; 5. Lastro Cultural; 6. Papéis; 7. Os outros; 8. Emoções; 9. Ser Político; 10. O que fazem; 11. Inconsciente; 12. Rotina de vida; 13. Corpo; 14. Vida Secreta; 15. Futuro; 16. Dimensão Transcendental; 17. Expectativas) | |
| III. | A DOENÇA | 10 |
| IV. | O MÉDICO | 15 |
| | (Habilidades: 1. Percepção; 2. Comunicação; 3. Tomar decisões; 4. Conhecer; 5. Estruturar; 6. Sintetizar; 7. Psicomotora; 8. Interpessoal) | |
| V. | RELAÇÃO DOENTE-DOENÇA | 20 |
| | (1. Componente físico; 2. Estratégias: 2.1. Ação; 2.2. Controle; 2.3. Escape; 2.4. Otimismo, fatalismo; 2.5. Compartilhar. 3. Reações emocionais: 3.1. À ação; 3.2. Ao controle; 3.3. Ao escape; 3.4. Ao fatalismo; 3.5. Ao otimismo; 3.6. Ao compartilhar. 4. Reações inconscientes: 4.1. Negação; 4.2. Raiva; 4.3. Barganha; 4.4. Depressão; 4.5. Resignação) | |
| VI. | RELAÇÃO MÉDICO-DOENÇA | 28 |
| | (1. Conheçê-las; 2. Reações; 3. Ambiente; 4. Nos outros) | |
| VII. | RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE | 30 |
| | (1. Generalidades; 2. Modelo Paternalista; 3. Autoritário; 4. Autônomo; 5. Consciência; 6. Fenomenologista; 7. Contractual) | |

| | | | |
|-------|---------------------|-------|----|
| VIII. | DIAGNÓSTICO | | 44 |
| IX. | TRATAMENTO | | 49 |
| X. | CONCLUSÃO | | 54 |
| XI. | NOTAS DE REFERÊNCIA | | 55 |

ÍNDICE

| | | |
|-------|-----------------------------|----|
| I. | INTRODUÇÃO | 1 |
| II. | O DOENTE | 3 |
| III. | A DOENÇA | 10 |
| IV. | O MÉDICO | 15 |
| V. | RELAÇÃO DOENTE-DOENÇA | 20 |
| VI. | RELAÇÃO MÉDICO-DOENÇA | 28 |
| VII. | RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE | 30 |
| VIII. | DIAGNÓSTICO | 44 |
| IX. | TRATAMENTO | 49 |
| X. | CONCLUSÃO | 54 |
| XI. | NOTAS DE REFERÊNCIA | 55 |

I. INTRODUÇÃO

A análise dos componentes da Consulta Médica, é a posição desta monografia. Decompor os elementos que dizem respeito ao doente, médico e doença, bem como as relações que se estabelecem entre eles é uma tarefa interessante e ao mesmo tempo um desafio.

Este trabalho seria facilitado por prévios debates sobre o assunto que poderiam trazer a tona facetas não percebidas em uma observação individual. Infelizmente pouco interesse é verificado no nosso meio parecendo que o assunto é "tido como sabido" (*taken for granted*).

A literatura mundial dispensa uma atenção diferente, encontrando-se repetidamente publicações que analisam com profundidade aspectos particulares do assunto, e que foram usadas nesta análise.

Além deste componente teórico, o exercício da profissão no atendimento direto aos doentes serviu como fonte de observação de dados relacionados aos doentes e doenças, que estão embutidos na análise.

A observação do atendimento médico executado por outros, especialmente os residentes de Clínica Médica em ambulatório e em enfermarias, permitiram a análise do médico, a distância, elemento importante para controle de qualidade da atuação pessoal como médico.

A soma dos elementos oriundos destas três fontes orientadas por uma busca intuitiva da verdade resultou no conteúdo apresentado nesta monografia, que não tem inovações e é constituída de conhecimento de psicologia médica moderna apresentados ainda sem a ordem⁶⁰ e a estrutura desejadas,

É dirigida ao médico, em formação e formado, com o intuito de facilitar seu crescimento profissional e como ser humano^{61 72}.

II. O DOENTE

Uma definição abrangente de doente é: pessoa que perdeu ou teve reduzida sua capacidade de interagir com o meio (outros seres ou coisas) em que vive¹⁹. A compreensão fica mais fácil se tivermos um conceito estruturado de "pessoa". Esta análise limita o enfoque ao adulto (motivo da consulta médica), fugindo dos detalhes particulares da criança como pessoa. O ser humano adulto é aquele que completou seu crescimento físico e tem sua personalidade estabelecida, o que ocorre lá pelos vinte anos.⁵⁰

É fácil para o médico perceber, entender e falar sobre coisas objetivas, o que torna desnecessário detalhar dados sobre o corpo humano adulto. Eles já estão incorporados aos seus conhecimentos. Os dados referentes à parte mais subjetiva, "pessoa"¹⁶ necessitam um outro tratamento uma vez que a pobreza de conhecimentos do médico (e do ser humano em geral), nesta área, deixa sem sentido o que se diga ou escreva a respeito: a percepção do assunto é embotada, o que reduz a compreensão, que por sua vez limita a verbalização criando um círculo vicioso que mantém o empobrecimento intelectual e cultural do assunto. Raramente ouvimos falar conceitos estruturados de pessoa, nem obtemos descrições compreensíveis do assunto. O volume maior dos escritos atém-se à análise do desenvolvimento da personalidade, concentrando e esgotando nos primeiros anos de vida a energia gasta no assunto.

2.1. Uma pessoa adulta, tem além do corpo, uma mente onde o processo psíquico se desenvolve num contínuo onde todos os componentes interagem ao mesmo tempo, naquele momento. Os componentes de caráter e personalidade aparecem nas primeiras semanas de vida. Algumas personalidades enfrentam certas doenças, melhor do que outras. Certas pessoas têm caráter mais forte que as habilita melhor para enfrentar adversidades. Algumas são boas e gentis ante o *stress* de doença terminal, enquanto outras são agressivas e revoltadas mesmo quando medianamente doentes.

2.2. O passado está retido na memória. Temos memória nasal (nos odores) nas mãos e pés (andar de bicicleta). Quando as experiências do passado envolvem doenças elas podem interferir em doenças atuais. Estimulam o medo, angústia, sintomas físicos. Uma pessoa sem seu passado é incompleta.

2.3. Experiências de vida: doenças, médicos, hospitais⁷, medicações, deformidades, incapacidades, prazeres e sucessos, desgraças e fracassos, todos têm sentido para doenças. O significado pessoal da doença e seu tratamento vem do passado junto com o presente. Se uma neoplasia ocorre em uma pessoa autoconfiante por aquisições prévias na vida, a manifestação será diferente do que em outra cuja vida tenha sido uma série de fracassos.

2.4. Laços familiares não podem ser subestimados; pessoas freqüentemente crêem ser extensão física de seus pais. Doenças traumatizantes em outros podem ser absorvidas sem queixas por quem acredita que aquela doença faz parte da identidade

familiar e por isto, inevitável. Mesmo as doenças hereditárias são melhor assimiladas por já terem outros na família as apresentados. As experiências passadas na família são incorporadas, pela pessoa, como suas.

2.5. Uma pessoa tem um lastro cultural. A cultura e sociedade interagem com a pessoa, esta é produto daquelas e as contém em parte. A cultura define o que é masculinidade e feminilidade, qual a atitude aceitável, comportamento, atitude frente à doença e morte, graus de tolerância à odores e excretas e como o idoso e o incapaz devem ser tratados. Definições culturais têm enorme impacto sobre o doente e podem ser causa de sofrimento (Hanseníase). Normas culturais e papéis sociais regulam convivência permitida ou isolamento, quando a doença é aceitável ou condenável, quando o doente é merecedor de piedade (AIDS no hemofílico) ou censura (AIDS no viciado). Prioridades culturais estéticas, podem suplantar aspectos patológicos em importância.

2.6. Uma pessoa tem papéis (funções). É uma esposa, um pai, um médico, um professor, uma dona de casa, um órfão. Cada função tem suas regras. As funções com suas regras formam um complexo de direitos, deveres, responsabilidades e privilégios. Na meia idade o papel pode estar tão firmemente definido, que a doença pode virtualmente destruir a pessoa ao tornar impossível a execução das suas funções.

2.7. Nenhuma pessoa existe sem os outros; não há uma consciência sem a consciência dos outros, nenhum orador sem um

ouvinte, nenhum ato, objeto ou pensamento que de algum modo não envolva outros. Todo o comportamento envolve ou envolverá outros mesmo que sô na memória ou devaneio. Afastar os outros torna a pessoa diminuída. Todos têm pavor de se tornarem cegos ou surdos, as mais óbvias injúrias à inter-relação, embora hajam outras inúmeras formas do ser humano se afastar dos outros e assim sofrer uma perda.

2.8. É na relação com outros que a emoção humana encontra sua total expressão. Esta dimensão da pessoa pode ser injuriada quando a doença rompe a habilidade de expressar emoção¹⁴. As relações com os outros afetam o grau de sofrimento por uma doença: há uma enorme diferença entre ir para um apartamento vazio e para um lar com amigos, após uma hospitalização.

2.9. Uma pessoa é um ser político: é igual aos outros, com direitos e obrigações e habilidade em compensar agressões. A doença pode interferir, produzindo o sentimento de empobrecimento político e perda de representação. Pessoas com desvantagens permanentes podem sofrer o sentimento de exclusão da participação na esfera política.

2.10. Pessoas fazem coisas. Elas atuam, criam, fazem, tomam parte, confundem-se, desembaraçam-se. Elas conhecem-se e são conhecidas pelos seus atos. Quando a doença restringe suas atividades as pessoas não são mais elas mesmas.

2.11. Uma pessoa tem um inconsciente⁷³, um mundo interior não analisável ou compreensível pela lógica que comanda o

mundo consciente, mas pertencendo ao domínio do intuitivo, com seu funcionamento analógico e resultantes globais de coisas que acontecem e comportamentos não explicáveis, pela lógica linear, das pessoas. O conflito do lógico com o intuitivo gera tensões, causa de doenças ou sofrimentos.

2.12. Pessoas têm comportamentos que se traduzem por atos da rotina do dia-a-dia, já comandados a nível subconsciente, subcortical. A percepção de um estado de doença pode ser a este nível, ao notar a incapacidade para sua rotina do dia há uma interpretação de que não estão inteiros e portanto doentes.

2.13. Cada pessoa tem um corpo. A relação com êle varia de identificação, recusa, admiração, aversão ou medo constante. A doença pode alterar esta relação de modo que o corpo não seja mais visto como um amigo a ser usado⁵⁷, mas sim como inimigo não confiável. Isto é mais intenso se a doença é súbita e permanente, mantendo o indivíduo vulnerável. O "senso" de corpo pode ser expandido. Exercícios que aumentam aptidões do corpo expandem seus limites. De modo inverso, a doença pode causar uma contração na expansão.

2.14. Cada um tem uma vida secreta. Pode tomar a forma de fantasias ou sonhos de glória, algumas vezes tem uma existência real apenas para alguns. Na vida secreta existem desejos, medos, amores do passado e do presente, esperanças e fantasias. A doença pode destruir não só as vidas pública e privada, mas também a vida secreta. Um amado amigo(a) secreto pode ser perdido, por não ter ele ou ela lugar legítimo no leito

de doente. Quando isto acontece o paciente pode ter perdido a parte da vida que tornava tolerável uma existência amargurada. Ou a perda pode ser apenas de um sonho, mas um que podia ter se tornado realidade. Estas perdas podem ser a fonte de incapacidades e intensas dores particulares.

2.15. Cada um tem um futuro percebido. Eventos que esperamos que venham acontecer variam de expectativas infantis às crenças em nossas habilidades criativas. Intensa infelicidade resulta da perda do futuro — o futuro dela mesma, de seus filhos e das pessoas amadas. A esperança está mergulhada nesta dimensão da existência e a perda da esperança é destruidora.

2.16. Todas as pessoas têm uma dimensão transcendental, uma vida do espírito. Isto é expresso com clareza na religião e tradição místicas, mas a frequência com que pessoas têm intensos sentimentos de união de grupos, ideais, qualquer coisa maior e mais duradoura do que a pessoa é uma evidência da universalidade da dimensão transcendente. A qualidade de ser maior e mais duradouro do que uma vida individual dá a este aspecto da pessoa sua dimensão intemporal. A profissão médica parece ignorar o aspecto espiritual humano. Quando se vê em enfermarias pacientes que se tornaram só corpos, não teriam eles perdido sua dimensão transcendental?

2.17. O ser humano é um conjunto simultâneo de experiências do passado, realidades do presente e expectativas do futuro. Todos estes elementos são únicos para cada indivíduo. Embora a realidade presente aparente uma igualdade para todos, as

experiências do passado fazem com que seja vista de modo diferente de um indivíduo para o outro. O mesmo acontece com as expectativas futuras. É neste nível, do presente e do futuro, que ocorrem os abalos importantes provocados pela doença que se instala em uma pessoa. É frequente que a sua individualidade sofra uma cisão, deixando de ser um *indivíduo*, tornando-se um paciente.

III. A DOENÇA

3.1. É um acontecimento ao qual o ser humano está exposto no decorrer da sua vida. Afora as situações excepcionais em que a vida é subitamente interrompida por um acidente, todo o ser humano deparar-se-á com a doença. É o modo como o ser humano se encontra com outra realidade absoluta de sua vida: a morte. Além deste fenômeno final, ocasional ou repetidamente a pessoa estará exposta a episódios de doença(s) que provocam reformulações de valores internos³⁰ e condicionam um preparo para o ato final no seu papel neste mundo.

A doença apresenta uma gama infindável de opções. Algumas simples, que pouco afetam a pessoa no seu todo, outras persistentes que implicam num gasto de energia permanente para manter o equilíbrio e ainda formas mais agressivas que causam uma sutura na pessoa, desestruturando-a.

De um modo geral, a doença é uma modificação de função de órgão ou sistema, ou mesmo a perda desta função, com suas conseqüências. Quando o órgão ou sistema não é vital, a limitação ou perda de função é absorvida pela pessoa ou compensada por adaptação de outros órgãos.

Há doenças com causa definida e em algumas é possível intervir, eliminando a causa (infecções bacterianas), enquanto em outras embora se conheça a causa, não dispomos de métodos que possam eliminá-las ainda (doenças genéticas). Em algumas

temos condições de intervir na disfunção, de um modo bem definido (eliminar o edema cardíaco), em outras necessitamos a participação ativa do doente (dieta para o diabetes).

Como vemos, analisar a doença isoladamente eliminando as fantasias e usando apenas elementos racionais é uma tarefa decepcionante, tamanha a limitação que temos. A introdução, na análise, do doente e do médico⁴¹, com seus componentes emocionais amplia enormemente o campo de visão como veremos nos capítulos seguintes.

3.2. Esta seqüência é interrompida quando à análise da doença, se acopla a variável "Ciência Médica", em sua distorção eufórica tão freqüente, onde o *conhecimento das doenças*, em vez de ser um meio para melhor atender o doente, torna-se a finalidade terminal⁴⁸. Para esta deturpação de "ciência médica" o conhecimento erudito de doenças em número cada vez maior principalmente superlativando-se detalhes e exceções das apresentações das doenças, bem como as que são infreqüentes e raramente vistas⁶⁴ pela maioria dos médicos é que é o objetivo final. "Conhecer" (= falar de) uma doença que ninguém no seu meio fala, diagnosticar o primeiro caso e descrevê-lo em revistas de seu meio, fazer reuniões sobre doenças que são diagnosticadas uma a cada dez ou vinte anos é o objetivo final emocionante e que obrigatoriamente deve ser compartilhado pelos outros, especialmente os que se iniciam na profissão tão "científica". Esta deturpação de conceito de ciência médica é responsável por um direcionamento esdrúxulo de valores: *emulação à doença*, vibração emotiva ante doenças graves (Purpura Trombocitopênica Trombótica), ou agressões a órgãos vitais por doenças que habitualmente

não o fazem (Insuficiência Aórtica grave em LES), condicionando-se um "gostar de doenças" em um ambiente onde apenas deveria existir uma condescendência para o conhecer as doenças, para poder melhor tratá-las. Esta opção está mais de acordo com o interessado em última instância: o doente, que detesta a doença mas já que esta é um fato, sujeita-se a entendê-la, sem nunca passar a gostar dela.

A Ciência Médica é que estuda as doenças. Esta função não deve ser modificada. A distorção é que deve ser corrigida. Definir que a função seja apenas divulgar doenças (com as distorções para raridades e exceções acima mencionadas), criar um clima de afinidade para a doença, se opõe à função de hierarquizar o conhecimento (onde a raridade e a exceção devem dispor de pouco espaço em benefício do comum e do que é a regra)¹⁰ e o afeto dirigido ao doente. A exceção de que alguns doentes devem pagar o preço do crescimento da Ciência Médica, não deve ser generalizada, mas limitada a centros de pesquisa, que tenham objetivos e capacitações definidas, isto é, centros de produções científicas (e não centro de reproduções: fazer o que já foi feito por outros).

É a mesma "ciência médica" a responsável pelo conceito errôneo de "vencer a morte", que é passado para os que se iniciam na profissão com o corolário arrasador da derrota, ao morrer um doente, que leva o médico a se vangloriar de não assinar atestado de óbito. Nas doenças, especialmente as letais, a morte é a ocorrência cujo componente indefinido é apenas o momento. Esta distorção é que faz com que o doente terminal tenha seu sofrimento mantido e mesmo ampliado quando atendido por um defensor desta "ciência médica". Não seria um preço elevado o

que está sendo pago por estes doentes? O ser humano dispõe-se a sacrificar-se para o bem coletivo. Haveria necessidade de definir um benefício coletivo nesta postura de luta para vencer a morte com uma clareza que não permitisse confusão de interesses: o crescimento da Ciência Médica com interesses menos elevados como o econômico ou o individual (megalomania). Este enfoque, aparentemente inoportuno, tem uma finalidade definida: apontar a influência de dois fatores: o econômico e o psicológico corrompendo a pureza da Ciência Médica. O primeiro determinando um crescimento exagerado em áreas economicamente atraentes⁴ (U.T.I., Cirurgia Cardíaca, Tomografia, etc.), desproporcionais com a necessidade real, em detrimento de áreas economicamente menos atraentes (atendimento primário, verminose, infecções, nutrição). O segundo diz respeito à distorção psíquica cultuada em nossos meios científicos¹⁷ que estimula um sentimento de onipotência e não combate os de megalomania. Seria conveniente aplicar a interrogação: "Estou fazendo isto para mim ou estou fazendo isto para você Doutor?" como o título do programa médico (de educação) que a B.B.C. de Londres levou ao ar em 1982.

O estudo das doenças humanas está a cargo da Ciência Médica. A função desta ciência é reunir os conhecimentos adquiridos sobre as doenças, organizá-los de um modo estruturado, de modo que possam ser absorvidos e usados¹⁰ em benefício dos doentes. O veículo de informações médicas estruturadas²⁹ é o livro texto, no qual os elementos aceitos como importantes são registrados.

A par da função de estruturar os conhecimentos adquiridos (passado), a Ciência Médica tem outro objetivo: promover o

crescimento científico de modo que sua função não seja estática, mas dinâmica. Este crescimento passa por uma fase de ebulição de idéias, com testagem de hipóteses⁴⁴, até evoluir para um amadurecimento e aceitação coletiva. O veículo usado para divulgação de idéias e novas hipóteses testadas, é a Revista Médica.

Para o estudo de doenças as duas fontes de informação são complementares: o Livro Texto nos dá o conhecimento sedimentado e a Revista Médica, complementa com as inovações que estão sendo testadas. A seqüência livro—revista é obrigatória. É óbvia a distorção que resulta da tentativa de assimilar conhecimentos da revista, sem ter os do livro. O conhecimento contido na revista tem a característica de apresentar uma visão fragmentada do todo²⁶, o que o torna muito mais um argumento para a testagem da hipótese, do que um conhecimento estruturado, completo. Apenas os artigos de revisão tendem a ter uma abrangência maior, vislumbrando o todo.

É evidente que o centro de atenção do aprendizado deve se concentrar no conteúdo de conhecimentos estruturados (Livro Texto). Usar o conhecimento fragmentário (Revista) impede a formação de uma estrutura de conhecimentos que é a responsável pela segurança que os profissionais peritos, exercem a profissão médica. Sem segurança não há perícia.

Os conhecimentos adquiridos sofrem uma testagem ao serem usados. É na vivência profissional que se consolidam, sofrendo uma depuração onde são separados os úteis dos não úteis. Este componente é fundamental no aprendizado do médico e é onde se enquadra a chamada "experiência".

IV. O MÉDICO

Do mesmo modo que o *doente*, o médico é uma pessoa, com uma personalidade, com um passado de experiências únicas, um presente de habilidades e atitudes definidas e com potencial futuro de aprimorá-las. Supõe-se que deva ter valores morais e éticos definidos⁴² uma vez que tacitamente lhe é dado o privilégio de invadir a intimidade de outro ser, sem os prólogos demorados que os outros tipos de convivência humana exigem. Estes valores estão embutidos no "Juramento de Hipócrates" repetido quando da colação de grau.

4.1. Como pessoa humana, o médico apresenta habilidades^{9 10} adquiridas no passado as custas de dons inatos mais o esforço contínuo e autodisciplina necessários para aprimorá-los. A habilidade fundamental é a *percepção* (*per + captio* = apoderar-se de)¹⁰. Sem ela não se inicia o processo de interação, se inadequada orienta para caminhos errados e quando altamente desenvolvida não permite omissão de detalhes, aproximando-nos da verdade, o que facilita a análise e seus desdobramentos. A percepção pode ser participativa (seguida de uma ação) ou contemplativa em que a ação é suspensa em favor de uma análise e melhor juízo. Se quisermos usar uma única habilidade para um julgamento comparativo entre pessoas para identificarmos o melhor, seguramente a percepção será a mais adequada. Condensa, por

assim dizer, toda a essência das experiências prévias de um ser humano, podendo até ser a medida para aferição da qualificação experiência, de tanto valor no ser humano.

4.2. *A comunicação* é desenvolvida por uma necessidade que o ser humano sente em partilhar o "seu eu" com os outros¹⁰. O médico deve ter conhecimento disto pois ao receber a comunicação do doente só poderá percebê-la se abdicar da sua personalidade para captar a do doente. Deverá ampliar a sua capacidade lingüística, incorporando palavras e expressões com seus significados específicos dados por doentes. Deverá desenvolver capacidade para comunicação não verbal, como expressão, postura, relacionamento com acompanhante médico ou outros elementos. Em resumo, sua percepção para receber comunicação deve estar permanentemente consciente e pronta para ampliações. Do mesmo modo sua emissão de comunicação deve ser adequada ao receptor. A linguagem técnica é habitualmente uma linguagem fechada para o doente e só deve ser usada quando não se quer dar a informação. Quando o doente deve saber a informação deve ser usada a "linguagem dele" de preferência com aferição do que entendeu.

4.3. *Tomar decisões.* É a função para a qual o médico é solicitado, com a agravante de que as decisões dizem respeito a outra pessoa. As decisões tomadas por pessoas imaturas são geralmente de má qualidade. É necessário um amadurecimento como pessoa para que esta habilidade seja executada com menos erros. Uma alternativa usada é não decidir, usando como subterfúgio protelações (novos exames, consultas, etc.) que definem a incompetência de quem a adota. Decidir acertadamente é escolher

entre várias opções, a de menor probabilidade de erro. "Decidir... é escolher em face a uma incerteza delimitada" (G.L.S. Shackle, p. 106)¹⁰. Ter consciente esta postura, é o caminho para o desenvolvimento da qualidade desta função.

4.4. Além destas funções mentais primárias, o médico necessita de habilidades intelectuais como o *conhecer*. Armazenar informações de fatos pertinentes a doença(s) em particular e habilidade em usar esta informação em situações clínicas. O conhecimento útil só o é, quando usado¹⁰. A estocagem cumulativa de conhecimentos é propriedade de computador. No ser humano (processador limitado, mas muito adaptável de informações)¹⁹, o armazenamento de informações deve obedecer um método diferente: os conhecimentos são incorporados não por adição e sim por metamorfose¹⁰, modificando-se conhecimentos relacionáveis já existentes. Isto é conseguido ao se elaborar pensamentos: "fazer sentir persuade, fazer pensar convence"³⁴. Um tipo de conhecimento fundamental para o médico é o fisiopatológico: (conhecimento das ciências básicas medicamente relacionadas), inclui o conhecimento de fisiologia normal e o modo como esta é modificada pela doença. Este conhecimento controla a qualidade do uso do conhecimento descritivo das doenças e é o que determina a qualidade do profissional médico: os que são peritos na profissão o são por seus conhecimentos de fisiopatologia que aplicam no atendimento de seus doentes. Para este a habilidade mental a ser desenvolvida é o pensamento integrado enquanto que para lembrar das doenças, usa-se a memória, elemento bem menos complexo. Contentar-se em usar e desenvolver apenas a memória (lembrar coisas) é limitar o crescimento mental desprezando a

função de criação que o pensamento integrado produz. (Integrar= combinar dados complexos de tal modo a aplicar diversos conceitos ou princípios para atingir conclusões que não eram inicialmente aparentes)¹.

4.5. A variedade infindável de situações tanto no que diz respeito ao doente com suas experiências prévias, como com o enorme número de doenças possíveis expõe o médico a naufragar num oceano de percepções desconexas. A habilidade que permite contornar esta dificuldade está na sistematização da experiência humana: *estruturar*¹⁰. Veículos que conduzem a uma estrutura com beleza funcional incluem o organizar (desenvolver uma estrutura orgânica numa unidade coerente, em que cada parte tem uma função ou relação especial". Webster) e sistematizar ("um esquema ordenado de pensamento"; estabelecer um conjunto de idéias, teorias ou especulações organizadas". Webster)¹⁰. A organização é um meio de economizar energia mental necessária para jogar com um grande número de dados.

4.6. Para sistematizar a experiência é necessário que o médico troque a postura habitual de coletar dados de uma maneira desconexa por uma preocupação em *síntetizar*: processo de combinar todas as peças relevantes da informação construindo com elas um conceito integrado¹. Com esta atitude pode desenvolver o *juízo clínico*: habilidade em tomar decisões clínicas, baseadas na escolha de valores apropriados, para um grupo de fatos¹. O juízo clínico inclui obrigatoriamente o ato de selecionar entre alternativas diagnósticas ou terapêuticas, pesando riscos e benefícios de uma ação ou atitude expectante. Inclui avaliação de fatos ou teorias que aparecem na

literatura médica. De um modo geral, o julgamento clínico e a síntese são processos mentais mais complexos que o conhecer e o organizar. Todas estas funções mentais deveriam estar conscientes permanentemente na atividade médica ao em vez de constituírem em subproduto incorporado passivamente durante a contínua exposição aos doentes.

4.7. Outra habilidade menos importante para o desenvolvimento de competência médica, por ser menos profunda e de mais fácil acesso é a *psicomotora*. Esta é a única que recebe um pouco de atenção nas Escolas Médicas, onde é ensinado como coletar dados de estória, proceder exame físico e realizar procedimentos simples (punção venosa) ou complexas (cateterismos arteriais ou cardíacos). É evidente que aquele que desenvolve as anteriormente citadas consegue um desempenho psicomotor bom sem grande esforço, até mesmo como subproduto. O oposto não ocorre. Pode-se até observar situações em que há uma habilidade psicomotora razoável, havendo coleta razoável de dados sem uma seqüência, pois quem colhe não sabe o que fazer com eles por falta das habilidades mentais anteriormente citadas.

4.8. Uma habilidade com uma função facilitadora é a que estabelece o relacionamento interpessoal¹. Desenvolver um relacionamento de confiança, fazer se entender pelo paciente e familiares, ter empatia, interagir sem julgar, educar o paciente em saúde e sobre sua doença, são elementos construtivos que ajudam o doente melhorar. Alguns médicos têm este dom de forma inata, outros têm que o desenvolver.

V. RELAÇÃO DOENTE—DOENÇA

5.1. É uma relação não definida por ser extremamente variável tanto de doente para doente, como também, no mesmo doente ela muda inúmeras vezes durante a doença. Existe um componente físico bem estudado, que é descrito exhaustivamente nos livros e revistas médicas, que constituem os sinais e sintomas. O outro componente é determinado pelo que o doente sente em relação a invasão de seu mundo por este componente estranho não solicitado e nem desejado. É este que é o objeto desta análise.

Ao ser acometido por uma doença, o mundo particular da pessoa doente, sofre uma ameaça. Os elementos envolvidos são os que compõem o mundo de cada um: experiências do passado, realidades do presente e expectativas do futuro. As experiências do passado não são ameaçadas mas constituem a base para a reação à ameaça. O grau de segurança com que a pessoa está habituada a enfrentar os fatos da vida determina a atitude e a repercussão que a ameaça provoca. Os inseguros não estarão aptos para enfrentá-la sós. Os mais seguros terão recursos para uma elaboração independente da situação. Esta situação não é estática. Há um dinamismo: a escolha de uma atitude⁷⁰ resulta em uma nova sensação que funciona como controle de qualidade da escolha anterior. Por exemplo: uma atitude insegura de recorrer a outra pessoa não auxilia na aquisição de competência o que resulta em frustração ou nova atitude de escape.

Ao receber a ameaça a pessoa depara com um fato novo em sua vida. Funções orgânicas, órgãos e sistemas registrados num inconsciente longínquo e de modo mal definido, são trazidos a nível consciente, com as distorções inseridas durante a sua vida pregressa, onde mitos, tabus, erros de educação e ignorância geram incorreções, meias verdades e conceitos errados tremendamente prejudiciais para a aquisição de competência para enfrentar o momento atual de sua vida. Esta incompetência é causa de sofrimento, pois não sabendo como lidar com a nova realidade instala-se uma insegurança¹⁶ que se estende para as outras facetas de sua vida, abalando-a ou mesmo desestruturando-a.

A primeira face a ficar abalada é a imagem do eu físico. É recebida como uma verdadeira traição o fato de tal órgão cair frente a uma doença. Ele não correspondeu à perfeição idealizada no "eu imaginado" e a correção desta imagem com absorção desta "inferioridade" biológica far-se-á com sofrimento e as custas de grande gasto de energia (não será este o maior sofrimento por que passam as pessoas com esterilidade?). Quando a ameaça de mutilação física é literal, por exemplo, perda de membro, o sofrimento mental e o gasto de energia para adaptação à nova situação são enormes. Nas perdas funcionais, algumas são absorvidas sem grande abalo da estrutura psíquica enquanto outras (por exemplo, perda da visão) exigem um dispêndio de energia, tanto para a adaptação funcional ao novo modelo de vida, como para vencer emoções negativas (revolta, raiva manifesta ou não) que brotam continuamente.

Outra perspectiva que se apresenta na ocorrência de doença é a de haver dor física. Esta é uma experiência desagradável registrada de várias formas no passado das pessoas e que

toma corpo assim que a insegurança, provocada pela doença, inicia, gerando um sofrimento mental secundário. Por em perspectivas definidas se haverá ou não dor física? Será intensa, moderada ou discreta? Será permanente ou transitória? Quais os meios e etapas que serão usados para controlá-la? São interrogações que deverão ser esclarecidas para que se consiga afastar este sofrimento mental desnecessário. Quando se definem perspectivas o controle da dor passa a ser mais fácil. Dores intensas podem não precisar de medicação quando a recompensa emocional existe, como no parto.

5.2. ~~Na~~s estratégias adotadas pelos doentes ante a perspectiva de doença podem ser várias. Pode ser adotada uma *atitude de ação*⁷⁰, com procura de informação a respeito da doença (sintomas, quem pode atender melhor, quais as soluções possíveis, etc.). Praticamente todos os doentes incluem esta atitude como estratégia. A eficiência é corroída na execução: quem é a pessoa que pode orientar o doente sobre a doença que apresenta? As experiências do passado de determinada pessoa deixam quais opções? Para a maioria as opções são a própria pessoa (com a pobreza de informações próprias de uma situação nova), algum conhecido (familiar ou não) com doença parecida (dificilmente a mesma), o profissional de saúde a quem recorreu em outras ocasiões. Todas são opções ruins para que se desenvolva alguma ação concatenada para enfrentar a situação na sua fase inicial. Em uma fase subsequente, quando o nome da doença já é conhecido, a ação pode ser bem definida e orientada para uma realidade objetiva. Esta atitude pode interferir diretamente nos resultados, por exemplo, ação ativa enfrentando a situação leva a melhor recuperação de grandes queimados⁷⁰.

5.2.1. Outra atitude é a de *controle*. Controlar-se ajuda a enfrentar a doença mas é uma atitude pouco elástica e implica em bloquear a expressão de sentimentos. Tem a utilidade de inibir ações não desejadas e emoções negativas. Facilita convergir para a realidade a energia a ser gasta. Os doentes controlados são os que se beneficiam mais da reabilitação⁷⁰.

5.2.2. Atitude de fuga ou *escape*, para fugir ou descarregar tensões usa-se uma alternativa entre chorar, comer, fumar ou envolver-se em outras atividades que mantenham a mente ocupada em outras coisas. Pode ser útil, de modo transitório em ocasiões onde a tensão é grande. Não tem flexibilidade e encoraja a distorção da realidade, não dando resultado a longo prazo. Pode ser usada em situações apavorantes sem motivo (medo de uma cirurgia ou de procedimento).

5.2.3. As estratégias opostas: *otimismo* (esperar o melhor) e *fatalismo* (esperar o pior) são dois modos como o doente controla o seu mundo interior quando as coisas do mundo exterior estão fora de controle. Elas podem ser flexíveis e dirigidas para a realidade. Elas previnem o reconhecimento e expressão de certos tipos de emoções. Os resultados obtidos ao adotá-las são heterogêneos⁷⁰.

5.2.4. A estratégia de enfrentar *compartilhando* com outra pessoa (interpessoal) é útil para a maioria. Pode ser flexível e orientada para a realidade. Facilita a expressão de sentimentos e emoções. Há evidências consideráveis de que pessoas com apoio social são menos doentes tanto quando com doenças orgânicas ou psicossomáticas⁷⁰. A reabilitação é mais eficaz com apoio social.

5.3. Estas atitudes que os doentes adotam, para enfrentar a situação nova nas suas vidas, não são estanques. São seguidas ou acompanhadas de emoções ou sentimentos que regulam a qualidade, determinando eventuais correções. Há alguma relação entre determinada atitude e a reação emocional. Quando a opção é de ação observou-se certo grau de incerteza, de raiva expressa diretamente ou mesmo de desespero. Provavelmente estes sentimentos decorrem da limitação de ação que o doente pode ter em relação à maioria das doenças mais importantes.

5.3.1. Ao optar por *controlar-se*, a incerteza e a raiva indiretamente expressa são mais frequentes. Como há um controle de emoções evitando as negativas e bloqueando as ações não desejadas estabelece-se um objetivo de luta onde a vitória traz emoções boas, agradáveis ("eu consegui").

5.3.2. As atitudes de escape são acompanhadas de ansiedade, depressão, raiva indiretamente expressa, desespero. De positivo apenas um aumento de sociabilidade (provável fuga ante as emoções negativas que surgem ao parar de fazer alguma coisa).

5.3.3. O *fatalismo* tem a tendência de gerar ansiedade, depressão, raiva indiretamente expressa, competência (autonomia) e emoções boas, principalmente por haver um componente transcendental (religioso) ao se escolher esta atitude para enfrentar a situação.

5.3.4. O *otimismo* gera ansiedade, competência, raiva diretamente expressa, desespero, um misto de emoções confusas, próprias de uma escolha ameaçadora pois se for correta tudo estará bem, mas se não for, estará totalmente despreparado.

5.3.5. *Compartilhar*, estabelecendo uma relação interpessoal segura, aumenta a sociabilidade, competência, mas resulta também em incerteza, depressão e raiva indiretamente expressa.

Na sociedade ocidental há certa resistência em usar esta alternativa⁷⁰ individualmente embora isto não aconteça quanto coletiva. É esta a premissa que fez surgirem e desenvolverem os grupos (clubes) de doentes: diabéticos, colostomizados, leucêmicos, hemofílicos, etc.

5.4. *Reações inconscientes.*

As atitudes escolhidas não são necessariamente permanentes. O doente, pode mudar de escolha e o faz em função das emoções que brotam de seu inconsciente. Trazer a nível consciente as opções disponíveis de como enfrentar a situação, bem como as emoções que podem surgir, verbalizando-as podem ser um elemento importantíssimo na consulta médica.

A ameaça mais radical, a doença letal, produz reações que foram sistematizadas com clareza na publicação de Klüber-Ross como um processo com cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação³².

5.4.1. *Negação*: "repúdio parcial ou total do significado disponível de um evento com a finalidade de minimizar o medo e a ansiedade"⁷⁰. Há um tempo, na evolução da doença, em que a negação pode ser usada com vantagem no alívio do sofrimento. Na medida que se consegue reestruturar a personalidade, passa a ser inaceitável e ineficaz. Quando a situação é otimística, a negação pode ser encorajada. O otimismo deve ser baseado na verdade, e quando esta não aponta aquela direção, o paciente deve receber apoio firme de quem o atende. Poucos doentes são capazes de manter um mundo de faz de contas, no qual eles são saudáveis e estão bem, até eles morrerem. Quando a negação não pode ser mantida mais, aparecem sentimentos de ódio, raiva e

ressentimento. "Por que eu?" e neste estágio, fantasias de que poderia ser outro, menos digno da vida, que ele próprio.

5.4.2. O estágio da raiva é mais difícil para os familiares e médico, porque a raiva do doente é distribuída e projetada ao acaso: o médico é incompetente, a enfermeira o alvo mais direto sempre sem motivo definido ou real. A família, agredida, encurta as visitas para reduzir o sofrimento o que aumenta a ira do paciente. É necessário que se ponha no lugar do paciente²⁴ para que se reconheça que todos ficariam irados se suas atividades, esperanças, sonhos, metas e aspirações de vida estivessem sendo interrompidos. Entender que a agressão não é pessoal e manter a compreensão sem revidar, permite que o comportamento do doente melhore.

5.4.3. *Estágio de barganha.* Ao perceber que a raiva não mudou a realidade desagradável, há uma tendência em reverter o comportamento para um recurso frequentemente usado pela criança: a barganha. Como a criança, o doente oferece algo bom para uma negociação que o livre do problema: vai mudar de vida, ajudar a humanidade toda ou em particular, promessas, como as das crianças, raramente mantidas.

5.4.4. *Fase depressiva.* Após algum tempo de doença, com várias tentativas terapêuticas, entremeadas por procedimentos diagnósticos e prognósticos, reinternações, etc., há a compreensão de que não pode mais negar a gravidade da doença e entra em depressão. No início ela tem relação com aspectos disformes provocados por cirurgias mutilantes ou efeitos colaterais de medicamentos. Segue-se abalo econômico, com cortes do supérfluo e restrições do essencial que podem ser acrescidos pela perda de emprego, pela perda de funções, enfim a desestruturação

da personalidade (vide capítulo I). É uma depressão relacionada com as perdas do passado e que pode ser trabalhada com encorajamento e oferecendo uma esperança razoável. Um outro tipo de depressão, relacionado com o que está por vir, a sua separação do mundo é produzida por um sofrimento que não poderá ser abordado com encorajamento e apoio. Dizer para não ficar triste, solitário e deprimido é incoerente pois o que se espera nesta situação é exatamente isto⁴⁰. É uma fase silenciosa, há pouca ou nenhuma necessidade de palavras. O apoio é melhor dado pela presença, um toque de mão⁵², ajeitar cobertas, cabelo, são gestos de compreensão significativos que não interrompem o doente na sua intensa ocupação com coisas importantes que só a ele dizem respeito e relacionadas com o que está por vir e não com o que passou⁷⁰.

5.4.5. *Fase de aceitação ou resignação.* Quando o final demora para vir e o paciente pode elaborar os elementos das fases anteriores, sobrevém um período em que não há depressão nem raiva sobre o fato. O paciente pode expressar sentimentos de inveja dos que estão saudáveis mas contempla o desenlace com um grau de expectativa silenciosa; está cansado e fraco e necessita de períodos frequentes de sono. Não é um período de felicidade, é mais uma sensação de alívio como quando a dor se vai ou a luta terminou. Ele tem vontade de ficar só e não deseja ser incomodado por problemas novos do mundo exterior. A comunicação passa a ser não verbal, substituída por gestos ou pela presença silenciosa que preenche a função de assegurar que o doente não está abandonado: "esteja aqui" é o equivalente do "cuide de mim doutor" nesta fase da vida⁷¹.

VI. RELAÇÃO MÉDICO→DOENÇA

6.1. É uma relação unilateral, mas nem por isto deixam de ocorrer modificações emocionais a acompanhar o médico em seu contacto com a doença⁵⁵. Primariamente, a doença constitui um desafio de vida para o médico. Conhecê-las (todas) para poder fazer sua identificação ao atender o doente é a meta final. Não se identifica o que não se conhece. Nenhum médico fará diagnóstico de doença desconhecida por ele. O esforço desenvolvido para adquirir este conhecimento é enorme. Como a tarefa (conhecer todas) é impossível, as frustrações resultantes vão se acumulando. Uma alternativa usada para contornar esta dificuldade, é limitar a área de atuação, especializando-a. Para não receber a qualificação de "médico limitado", terá necessidade de aprofundar o conhecimento a um nível tal que compense esta falta de amplitude por um volume de detalhes suficientemente grande e privativo para manter o *status* de "conhecedor de doenças". Estas duas vias é que dirigem o "ritual" médico de hoje³⁵. A fragilidade da memória humana dificulta tanto uma como outra alternativa. Se o médico não adquiriu maturidade de outro modo, usar este caminho para obtê-la, fatalmente resultará em fracasso³⁶. Geralmente o que resulta depois de vários anos a perseguir este conhecimento amplo ou profundo, é uma identificação da limitação pessoal e da própria insignificância, o que não deixa de ser um amadurecimento mas do tipo em que o "Ego"

é posto em seu lugar, sem afagos ou agrados cobrados por fantasias infantis. Enquanto isto não ocorre, o médico recebe pressões de sentimentos de onipotência e megalomania, fáceis de ocorrer em uma profissão onde é ele que manda sempre, e a autoridade que o controla não tem um acesso fácil ao seu trabalho que é feito quase sempre sozinho.

A doença é o inimigo contra o qual terá que se contentar em ganhar batalhas, raramente uma vitória definitiva. Se os sentimentos de onipotência e megalomania não forem bloqueados este conflito afetará a estrutura do médico como pessoa.

6.2. A doença não é agradável para ninguém, nem para o médico⁷². A vibração expressa nas palavras e na fisionomia ao falar de "um caso lindo", tem uma explicação a nível mais profundo e que deverá ter uma análise: "lindo" por que?

6.3. Os ambientes que envolvem as situações de doenças não são agradáveis, a não ser para propiciar condições favoráveis ao altruísmo. Este sentimento não deve ser hipertrofiado a ponto de por em risco a estrutura do médico como pessoa.

6.4. A doença ocorrendo em outra pessoa deve merecer uma análise para a qual o médico deve usar experiências prévias vividas por ele, quando teve doença⁶⁶, ou por familiares com os quais estava emocionalmente comprometido. A introdução deste elemento muda bastante o modo de ver a doença, introduzindo um elemento humano na análise que servirá para fazer as correções necessárias ao elemento técnico, puramente profissional³⁹.

VII. RELAÇÃO MÉDICO↔DOENTE

7.1. É uma relação de via dupla, em que toda a responsabilidade cabe ao médico. Não se trata de uma negociação (= ambas as partes têm igual poder de barganha) uma vez que o médico é desproporcionalmente mais experiente que o doente por conviver continuamente com esta situação e dispor de conhecimentos técnicos que determinam uma superioridade absoluta. Do outro lado, o doente pouco ou inexperiente em relacionar-se com médico e com conhecimentos limitados de saúde e da doença, só dispõe de um elemento para manter o equilíbrio: ele é o comprador de serviços e só vai comprar o que e se quiser.

Como toda a relação entre pessoas, ambas vão ser afetadas. Há passagem de elementos de uma para a outra, de modo que não serão as mesmas após o relacionamento: cada uma leva um pouco da outra. A intimidade que se estabelece é que determina a intensidade da troca. Relacionamentos superficiais, têm pouca; relacionamentos profundos, mais. Esta intimidade pode ser verbalizada unilateralmente, com o doente contando coisas pessoais, até partes de sua vida secreta, mas pode ser inconsciente e simbólica como quando o doente se "põe nas mãos do médico", o que ocorre literalmente em cirurgias de grande porte ou do órgão ligado a intimidade emocional, o coração. Como em qualquer relacionamento, esta intimidade é desenvolvida com o tempo, aprofundando-se à medida que a confiança se estabelece, mas pode se

instalar rapidamente por existir tácitamente um canal facilitador sócio-familiar⁴⁹. O médico é um confidente tanto para a família como para a sociedade e se não for a solução para as mazelas humanas pessoais, pelo menos se espera que seja um ouvido amigo com quem se possa dividir uma carga emocional intolerável, sem que mais tarde, esta "fraqueza" venha a ser usada contra a própria pessoa. Nesta função o médico é posto pelo doente em uma posição mais elevada, não compatível com trocas de intimidades que destruiriam a imagem idealizada.

7.2. *O modelo paternalista*⁶⁹ é a resultante destes princípios que, tradicionalmente, norteiam a relação médico-paciente. O médico, transformado em pai, com funções deste, é ainda a imagem idealizada pela maioria dos doentes. Na função de pai, procurará sempre o que for melhor para o "filho". Este modelo foi abalado pela revolução social: as funções de pai de agora não são as mesmas de há 50 anos, quando um respeito hierárquico rijo era a carapaça que unia pai—filho. Atualmente o filho libertou-se e o que é melhor para ele, passou a ser uma alternativa a ser decidida por ele. Como na poesia "Filhos", de Kalil Gibran "eles moram na casa do amanhã na qual não entrarás nem que queiras". Esta modificação fez-se sentir também no modelo paternalista médico-paciente, com este não aceitando silenciosamente as soluções, mas passando a interrogar e a opinar a respeito. Conceitos filosóficos analisam a imoralidade da situação: "alguém decidindo o que é bom para outrem, sem o consentimento deste" ou ainda: a decisão do que é bom é, sob o ponto de vista de quem decide e não bom, na ótica de para quem a decisão é tomada. O paternalismo conflita com a terapêutica:

no adulto o objetivo é devolver a autonomia ao doente e a relação paternalista mantém uma dependência que impede isto. As correntes filosóficas que contestam o modelo não visam a eliminação mas sim, que seja usado em situações em que o doente é incapaz: crianças, deficientes mentais, ou transitóriamente quando a incapacidade é transitória: U.T.I., abalos emocionais intensos, etc.

7.3. Uma corrupção do modelo paternalista é o *modelo autoritário* em que o médico (onipotente) exagera sua capacidade de escolher o que é melhor para o doente, usando abusivamente sua autoridade técnica. O crescimento do conhecimento técnico foi tão grande que é difícil para o doente o acesso, mesmo que seja para sua doença apenas. O médico autoritário assoberbado pelo volume de conhecimento técnico desenvolve uma atrofia no conhecimento humano¹¹ e passa a assumir funções de decisão apenas com o conhecimento técnico onde os resultados estatísticos comandam as decisões, ignorando até mesmo os custos humanos que tais decisões podem representar. A limitação de uso do modelo autoritário é enorme e deveria se ater apenas à situações em que há risco de vida imediato, onde o peso da autoridade técnica pode e deve ser exercido em toda a sua intensidade. Trata-se de um "paternalismo forte" e toda vez que for adotado deverá ser justificado uma vez que a ação é exercida sem levar em conta os desejos do outro.

O paternalismo deveria ser compreendido em seu sentido amplo: ação médica feita em benefício de um paciente, com o total consentimento do mesmo. O consentimento deve ser com informação completa³⁸, ou pelo menos em quantidade razoável que

permita uma escolha livre por parte do paciente. As informações dadas são na maioria das vezes insuficientes ou são tendenciosas, pois realçando certos pontos, dirigem a escolha para aquela que o médico quer. Viola-se, assim, valores morais tradicionais das pessoas, e sua dignidade. Este elemento de deontologia ética, respeito as pessoas, não pode ser ignorado, aceitando-se uma falha ética, que não deixa de ser também uma falha médica.

O modelo paternalista falha também em distinguir o contexto e seu papel na tomada de decisão médica e ética. Permite, com isto, generalizações perigosas em que o médico por ter tido sucesso, em uma ocasião ao adotar atitude paternalista, adota este estilo para todos os casos. A debilidade moral desta atitude baseada em um ou poucos pacientes, é evidente.

7.4. *Autonomia*⁶⁹ é um direito da pessoa humana. A autolegislação baseada no dever é a origem primária da lei, segundo Kant. A proposta de J. Stuart Mill é de que não se pode interferir na liberdade de outra pessoa a menos que ela possa causar danos (a terceiros) ou que ela não possa ver as conseqüências de sua ação. Segundo Pworkin, inclui autenticidade e independência, isto é, os motivos para a ação devem ser apenas os próprios (autenticidade) e deve estar completamente livre para escolher (independência). Estes argumentos é que levaram Cassel a argumentar o objetivo final da medicina e reestabelecer a autonomia. O médico pode não curar a doença mas se conseguir reestabelecer a autonomia perdida, terá preenchido sua função médica. Do mesmo modo, mesmo curando uma doença, pode fazê-lo com tal mutilação que a autonomia não foi recuperada, e sua

atuação médica ficará prejudicada.

Realçar a autonomia do paciente é uma pressão social desenvolvida nos últimos anos com o culto à personalidade em detrimento do coletivo. Ao ser aplicado na área médica surge um empecilho: o impacto da doença sobre a integridade pessoal, que faz com que a autonomia do paciente abalada pela doença, o ponha em uma condição de vulnerabilidade que não o capacita para ter a liberdade nem a autenticidade necessárias para ter autonomia. Mesmo no início do quadro clínico as pessoas já mostram medo e raiva, emoções que embotam o poder de julgamento que teriam em tempos mais calmos. Pode-se presumir que a saúde é de valor para o doente e agir no seu interesse, sem seu consentimento, nas situações de desintegração de personalidade, como a de negação ou medo, é agir de modo altruísta. Pode prevalecer então outro princípio moral e ético, o da beneficência: agir para o bem de outrem, um dos fundamentos da medicina em todos os tempos. A maioria das vezes a beneficência é representada pelo axioma: não causar danos.

Este axioma é que é a base do desenvolvimento do "julgamento prudente", um equivalente à consciência (não é o super-ego) do médico, não recebe a atenção devida, não é desenvolvido e tem seu uso atrofiado no modelo autonômico. Como a consciência médica acompanha outros fatores de valor na relação médico-paciente, em importância, um modelo autonômico restrito, tende a estabelecer uma relação pobre, insatisfatória. Não se deve usar este modelo como o único, mas ele deve ser levado em conta sempre, uma vez que, passada a fase de desestruturação, e sempre que seja possível, venha a substituir o modelo anteriormente usado.

7.5. Como alternativa para os modelos anteriores, Tomasma, D.C.⁶⁹, propõe o da consciência médica. É claro que a consciência do doente (também julgamento prudente) está incluída. A complexidade da relação médico-paciente não poderá nunca ser descrita ou abrangida por um único modelo.

7.5.1. Este modelo apoia-se em seis elementos. O primeiro é que o propósito da medicina deve ser a beneficência: agir para o benefício dos outros, respondendo ao apelo de ajuda (isto inclui a necessidade de ser o cuidado do doente a consideração primária, todas as outras devem ser secundárias); não causar dano; o paternalismo ou a autonomia devem ter um lugar secundário à beneficência, isto é, a escolha de um estilo realçando um ou outro deve ser baseada nas necessidades do paciente mais do que nas convicções intelectuais do médico.

7.5.2. O segundo elemento é a focalização na condição existencial do paciente, isto é, atender o doente como pessoa, analisando os elementos descritos anteriormente (ver O Doente).

7.5.3. Terceiro, todos os elementos do modelo consciência médica, têm um valor. Requer conhecimento para identificar, hierarquizar e tomar decisões sobre valores. As extrapolações e generalizações que os modelos paternalista e autônomo facilitam, são bloqueadas aqui, por ser cada doente tomado individualmente tanto nas implicações médicas como morais.

7.5.4. O quarto elemento é o consenso. Como não há imposição de valores ou decisões sem a participação do interessado é necessário um consenso entre o doente e a equipe médica. O consenso toma tempo e energia com conflitos prolongados as vezes desgastantes. Sob este ponto de vista o paternalismo e a autonomia são muito mais fáceis, uma vez que não há o conflito:

sõ o médico ou sõ o doente decidem. Por outro lado despreza-se um fator de crescimento que a relação médico-paciente, com sua troca mûtua, determina. O consenso deve ser refeito a cada mudança, continuamente.

7.5.5. O quinto elemento é uma moral pragmática. Preservar os valores morais possíveis em cada caso. Para haver consenso, os valores morais em questão são os do médico⁴² e os do doente.

7.5.6. Axiomas explícitos, constituem o sexto elemento, eles são necessários para evitar as quedas morais que o paternalismo e a autonomia facilitam: 1º) Ambos, médico e paciente devem estar livres para tomar decisões informadas⁵³. 2º) O médico é solicitado a prestar atenção à vulnerabilidade do paciente. 3º) O médico deve usar seu poder responsável para cuidar do paciente. 4º) O médico deve ter integridade. "É impossível, ou não é fácil, fazer atos nobres sem o equipamento apropriado", afirmação de Aristóteles que deveria ser levada em conta nos programas de educação médica. 5º) O médico deve ter um respeito saudável pela ambigüidade moral. Não há uma resposta única para os dilemas que o médico enfrenta com seus doentes. Acatar a ambigüidade da situação exige uma elasticidade mental que deve ser desenvolvida. Como diz Max Scheler "culto não é o erudito, mas aquele que possui uma estrutura pessoal, um conjunto móvel de esquemas ideais, que apoiados uns nos outros, constituem a unidade de um estilo, e servem para a intuição, pensamento, concepção, valorização e tratamento do mundo e de qualquer coisa contingente do mundo". (Ideário de Simon Rodrigues, p. 31)³⁴.

7.6. Como dã para notar facilmente, o modelo anterior estã baseado em valores bastante diferentes dos valores tradicionais. Os elementos tãcnicos das doenças, a medicina científica (= tãcnica) tão avançados dão lugar a um outro elemento menos objetivo, por ser menos compreendido e mal estudado pelo mãdico, mas que coexistia com os primeiros mãdicos e que teve sua conceituaçaõ filosõfica elaborada por Edmund Husserl e um grupo de filõsofos (início deste sãculo), que se denominaram "fenomenologistas"⁵. Argumentavam eles que o dualismo Cartesiano que dividia o mundo em mentes e corpos, um mundo espiritual e um mundo fãsico estava errado e esta divisão impedia haver uma ciãncia espiritual racional e criava uma ciãncia natural que era impressionante na superfãcie mas que impedia de ajudar pessoas a se compreenderem realmente, elas mesmas e seus mundos como lhes são apresentados. Ao interrogar o mundo como experiãcia, mais do que fazer descriçaões cientãficas dele, o fenomenologista procura reunir a ciãncia com a vida e explorar a relaçaõ entre o mundo abstrato das ciãncias e o mundo concreto da experiãcia humana. Husserl propõe um questionamento radical, em que todos os preconceitos são postos de lado e o questionador tenta compreender o mundo como ele chega à sua consciãcia, mais do que como pensa, a respeito dele, cientificamente. O *insight* oferecido pelo fenomenologista ã de que mesmo o mundo "objetivo" ã sempre percebido pela mente como objetivo. Em vez de tentar estudar o mundo das coisas reais em que o pensamento e sentimentos humanos são problemãticos, o fenomenologista tenta ver a mente humana como um constituinte necessãrio deste mundo. A pessoa e sua experiãcia são postas no centro da interrogaçaõ fenomenolõgica. O mundo real permanece, mas ele

perde sua dominância para o mundo da experiência completa. Ele é visto como um dos aspectos da consciência. A mudança na visão do mundo é semelhante à que ocorreu com o desenvolvimento da teoria da relatividade na física. A física clássica permaneceu intacta, mas apenas como um caso especial de uma teoria mais geral do mundo da física. A medicina fenomenológica não deixa de medicar a depressão e pode, também falar seriamente de "melancolia". Não ignora a anatomia, a bioquímica das doenças mas reconhece os limites destas e, conhecendo-os, continua à procura de um sistema descritivo mais abrangente em que os fatos anatomopatológicos ou bioquímicos de uma doença constituem apenas uma parte dela.

7.6.1. Pode-se assim ter acesso ao outro componente: o que é estar doente? A habilidade em ouvir (não apenas escutar) o doente pode introduzir o médico no mundo dos doentes. A experiência da doença parece estar intimamente relacionada a sensação de desorganização, perda de controle de que as coisas não estão bem no seu mundo. A doença não está necessariamente localizada¹² (apesar da descrição técnica anatômica). A icterícia de uma obstrução de colédoco pode ter uma explicação anatômica, que não serve para as náuseas e o mal-estar. A doença pode ser descrita como uma cisão entre o corpo e a mente onde a unidade inconsciente, que não exige esforço, entre o corpo e a mente é rompida, obrigando a uma atenção explícita ao corpo, subitamente um obstáculo. Mais do que entender o estrago da máquina humana, o médico tenta entender a doença como um distúrbio da habilidade do doente em relacionar-se e funcionar no seu mundo. Este enfoque facilita a compreensão (e aceitação) de doença funcional.

7.6.2. As pessoas procuram três coisas ao ficarem doentes: *explanação*, que reintegra a experiência e a faz sentir-se menos desordenada; *cura*, que no fundo é a perfeita restauração ao modo como era antes e, neste sentido, quase sempre inatingível; e *previsão* que expressa o desejo de assegurar o domínio sobre a experiência com a doença, antecipando o que irá acontecer. Estas são as antigas metas da medicina; diagnóstico, tratamento e prognóstico. Dirigidas para o doente, deveriam preencher os anseios enunciados acima. Distorcidas pelo interesse do médico tornaram-se objetivos secundários onde o diagnóstico passou a ser uma categorização em vez de uma explicação. Tratamento virtualmente nunca resulta em cura. Prognóstico é sempre estatístico e neste sentido raramente diz a uma pessoa em particular o que irá acontecer com ela. Concentrando o interesse em explicar, tratar e prognosticar estabelece-se uma relação participativa entre o médico e o doente que resulta em reestruturação deste, bem como em sua reeducação^{21 35} pelo menos em relação a sua doença. A reeducação do médico também ocorrerá, uma vez que estará exposta ao que o doente experimenta ao ter a doença o que poderá fazer modificar o seu modelo que, de uma descrição anatômica, patofisiológica, ou bioquímica passará a ser enriquecido com uma ampla, profunda e mais humana compreensão do que a doença é.

7.6.3. Uma das atitudes cobradas do médico para com seus doentes é a empatia, uma variação da simpatia, na qual presume-se a capacidade de participar na experiência de sentimentos, vontade ou idéias de outros ou ser sensível e afetados pelas emoções destes. Dificilmente alguém tem energia emocional suficiente para ser afetado por uma situação do doente de modo se-

melhante ao de suas reações. Ficar triste quando o doente está triste, ansioso acompanhando-o é tolice e tentar alcançar o mesmo estado é ridículo. Acresce ainda o fator contraproducente que as emoções determinam na performance mental. O embotamento mental resultante de emoções é o que impede o médico de atender bem seus familiares. Ao analisar a inoportunidade da participação emotiva, em uma situação de ação cerebral, não está sendo feita a sugestão de se assumir o oposto: frigidez. Pode-se e deve-se ser *gentil* e o estado emocional poderia ser o de *eupatia*¹⁵ (o prefixo *eu* tem uma conotação funcional positiva) e poderia traduzir uma postura emocional com performance ideal de atuação, útil para o doente e o médico, além de ser um objetivo atingível através da autoeducação e não ter os elementos de hipocrisia da empatia, inaparentes na maioria das vezes mas definidos em outras (qual a percentagem de médicos que mantêm empatia em situações de alcoolismo crônico, endocardite bacteriana em dependente de drogas, AIDS em homossexual, etc?).

7.7. Os componentes filosóficos que orientam a estrutura dos modelos anteriores sofrem uma modificação neste modelo, onde aspectos práticos definidos, tornam o modelo muito mais operacional do que filosófico, completando de certo modo os modelos anteriores, pois a base filosófica persiste, embora em um plano subjacente.

Ao denominá-lo de contratual não se exige a existência de um contrato explícito, o que se sugere é que a análise contratual traz à tona uma variedade de elementos que, tornados conscientes, facilitam a relação médico-paciente.

Um contrato é definido como um "compromisso explícito, bilateral para um curso bem definido de ação"¹, implica em uma meta e meios para atingi-la e que ambos os participantes terão algum ganho em atuarem juntos. Presume-se quatro componentes no "contrato" médico-paciente: ambos têm responsabilidades; a relação é de consenso, não obrigatória; deve haver negociação; ambos devem ganhar algo.

7.7.1. *Responsabilidades*: O paciente é responsável por definir clara e honestamente a natureza do sofrimento e o tipo de intervenção que espera do médico. Deve considerar seriamente, mas não é obrigado a seguir a recomendação do médico. Se há um acordo em atuar juntos estabelece-se uma participação com obrigações bilaterais. O doente, que será beneficiado por esta ação, deverá pagar de alguma forma, ao médico, por seu tempo e competência. O médico é responsável por manter-se atualizado em conhecimentos médicos, manter habilidade técnica, reconhecer suas limitações, recorrendo à colegas para contorná-las. Deve usar a entrevista, exame físico e testes complementares para ter certeza da natureza do problema e o tipo de intervenção que o paciente necessita. Deve ser discreto e confidencial com as informações médicas. Receberá alguma compensação por aplicar sua competência e energia a serviço do doente.

7.7.2. *Consenso*. A relação médico-paciente é consensual, não obrigatória. O médico deve falar com a autoridade que o seu preparo lhe dá, sem autoritarismo. O paciente tem direito a perguntas, propor alternativas ou procurar uma segunda opinião com médico de sua escolha. O médico também tem o direito de aceitar ou não o paciente para tratamento (exceto quando há risco de vida ou não haja alternativa de outro médico). Pode

estabelecer limites para o tipo de atendimento que prestará. A relação⁴³ progrediu significativamente da de um pai dominante (médico), criança submissa (paciente), para uma interação entre dois adultos não baseada em concessões múltiplas.

7.7.3. *Negociação.* É o processo entre duas pessoas com igual poder de barganha. O processo requer que cada parte identifique os desejos, expectativas, capacidades e limitações na tentativa de atingir uma compreensão comum que oriente futuros encontros. Se as diferenças não podem ser resolvidas, ambos são livres para romper a participação, procurando outro parceiro.

7.7.4. *Gratificação.* O paciente deve receber algum alívio de seu sofrimento no sentido amplo (biológico, psicossocial ou espiritual). O médico tem a satisfação de solucionar um problema usando criativamente⁵⁸ sua competência e deve receber um pagamento direto do doente pelo que este ganhou.

7.8. Um dos pontos importantes do modelo contratual é definir um ponto pouco abordado no relacionamento médico-doente: o ponto de início. A falta de definição do começo da relação é a responsável por um relacionamento confuso e insolúvel. O paciente com Insuficiência Cardíaca que procura um Cirurgião Cardíaco, ou o paciente com Cefaléia que procura um Neurocirurgião, são exemplos de desencontros de relacionamento que se repetem em outras áreas. Definir o problema, limitar o que é da competência do médico esclarecendo e cobrando do doente o tipo de contrato⁵⁹ que será estabelecido entre os dois, é uma função do médico que deve ser exercida no início do atendimento. Conscientizar-se desta função pode levar o médico a definir qual o

tipo de contrato ele pode assumir, limitando-o ao componente físico, restrito a uma especialidade ou não, ou com perspectivas de ampliação, explorando-se áreas psicossociais nos doentes em que esta atuação pareça conveniente sob o ponto de vista do médico e do paciente.

A manutenção do contrato permite exploração de áreas mais pessoais que não devem ser abordadas no início a menos que a iniciativa seja do doente. A ampliação que ocorre, fatalmente levará a uma sobrecarga, com saturação da capacidade tanto do médico como do doente em elaborar análises múltiplas, em um tempo limitado de uma consulta. A estratégia para enfrentar esta situação é estabelecer minicontratos para cada consulta, definindo em cada uma o que vai ser abordado²⁸ de modo parcelado, não se eximindo da responsabilidade do todo, que será analisado de modo completo pela multiplicação das consultas. Obedece-se uma ordem: o que é urgente e importante, a análise é agora e o menos importante ou urgente, na seqüência. Este parcelamento tem a vantagem de ser uma substituição para investigações múltiplas que resultam em dados desencontrados que o médico, depois, não sabe integrar gerando com freqüência hiatrogênese.

VIII. DIAGNÓSTICO

Entende-se como diagnóstico a identificação de uma doença. Este conceito, assim posto, é no entanto muito limitado, e responde apenas aos anseios técnicos organicistas que dominam a profissão médica. Conflita diretamente com a realidade da medicina^{2 5} onde o componente do doente como pessoa inclui variáveis que, às vezes, são mais importantes que a própria entidade patológica e outras vezes não têm substrato anatômico ou fisiopatológico, não podendo, por isto, receber um diagnóstico (=nome de uma doença). O diagnóstico não é estático. Em cada consulta ele deve ser refeito pois o que o paciente sente em relação ao seu problema e ao atendimento sofre modificações de consulta para consulta. A doença permanece a mesma, mas sofre variações determinadas pela evolução natural e pela interferência terapêutica.

Deveria haver uma substituição do conceito de diagnóstico, como objetivo da consulta, por "processo de resolver problemas médicos"⁶ onde teríamos esta situação dinâmica de processo e não um evento: diagnóstico, que é uma situação estática. O diagnóstico da doença é o elemento que permite por em perspectiva o andamento do processo, estabelecendo diretrizes e constituindo em um ponto fixo, em torno do qual giram as ações. O problema médico tem um ponto de início claro e uma meta final claramente definida. A tarefa de resolver problema médico con-

siste em achar o caminho entre estes dois pontos¹⁹. O método científico de testar hipóteses⁴⁴ procurando qual das alternativas deixa a meta final mais próxima e é o que deve ser aplicado. Pode ser centrado nos sintomas, quando o conjunto de sintomas é comparado com o grupo de doenças que os apresentam, formando um reduzido grupo que inclui todos os dados coletados até o momento. O processo de identificação resulta quando apenas uma doença permanece.

O método pode ser centrado na doença, iniciando com a interrogação: tem o doente a doença X? Assumindo que o médico conhece os dados das doenças, ele poderá checar, no doente, a presença deles e deste modo identificar qual delas (investigação). Ambas as alternativas são usadas indiscriminadamente nos vários doentes ou, no mesmo doente, pode-se iniciar com o modelo centrado nos sintomas, passar para o centrado em doenças e retornar ao inicial¹⁹. Um modelo serve de controle de qualidade do outro, desenvolvendo com o seu uso judicioso, elementos discriminadores que separam uma doença de outra ou direcionam para uma determinada doença diretamente, dada a sua especificidade. Para desenvolver discriminadores eficazes é necessário eliminar "ruídos". Da massa de informações coletadas o médico descobre logo as que são úteis para testagem de hipóteses, as outras são "ruídos" que causam sobrecarga (mental) e impedem o uso do processo interativo de testagem de hipóteses. A descoberta de elementos "discriminadores" eficazes¹⁸ e como usá-los constitui ou determina a perícia do médico. Para adquiri-los é necessário conhecimento (memória para lembrar os dados das várias doenças), percepção (identificação dos mesmos quando ocorrem) e elasticidade mental³⁴ uma vez que o discriminador não tem valor

absoluto, mas variável. Por exemplo o sindesmófito é um forte discriminador para distinguir A.R. de espondilite anquilosante mas sem valor para distinguir esta de espondilite ~~proxiásica~~ ¹⁸.

A maior parte do processo de resolver problemas médicos é puramente mental, com elementos analógicos atuando significativamente (intuição) ao lado de elementos lógicos (racionais). Provavelmente o componente intuitivo, com sua visão global, seu sincretismo³, pode ser desenvolvido em intensidade idêntica ao do lógico, ou linear, funcionando um como controle de qualidade do outro (apesar do pequeno grau de controle que temos sobre a intuição). Verbalizar este processo mental (diagnóstico diferencial) além de cansativo e pouco útil é potencialmente perigoso para o doente que pode passar a sofrer mais das suspeitas diagnósticas do que da doença que ele tem.

O médico experiente aprende a limitar o número de hipóteses¹⁹ a ser testado. Três ajudas heurísticas contribuem para isto: primeiro só evocar uma hipótese se houver um dado clínico que a sugira; quando o gatilho ou conjunto de gatilhos geram várias hipóteses, usar informações estatísticas (epidemiológicas) sobre a frequência de doenças naquela população, analisando as mais frequentes antes de considerar as raridades; e por último usar testes discriminadores entre as hipóteses que permaneceram. Limitar, também, a profundidade da investigação, nivelando primeiro a um diagnóstico sindrômico (por exemplo, miocardiopatia), para só depois procurar um diagnóstico específico (amiloidose). O processo de diagnóstico é sintético, evitando-se comparações complexas: cada médico desenvolve um estoque de "protótipos" de conseqüências que ocorrem no corpo (fisiopatologia). Esta relação de causa e efeito e observada no doente é

comparada com o protótipo da doença que cada médico possui.

Quando o problema médico não está na área de atuação de quem está atendendo, o diagnóstico a ser feito é de que o paciente necessita de atendimento de alguém qualificado para tal³¹, devendo receber encaminhamento para isto.

A atividade de fazer diagnóstico médico, é sempre acompanhada de um grau de incerteza. Tentar proteger o "Ego" de traumas resultantes dos erros que esta incerteza provoca, pelo subterfúgio de ampliar o número de diagnósticos possíveis, resulta no risco de estar enganando a si próprio. Ter dez diagnósticos em vez de um ou dois, protege do erro desde que não seja feita a correção: ao acertar um entre os dez diagnósticos, não deixou de errar nove deles. Esta atitude impede a aquisição de uma perícia pessoal na seleção de elementos discriminadores, justamente por não fazer uso deles, em nível que sua utilidade seja comprovada: separar uma possibilidade de outra. Esta postura só é aceitável no médico inexperiente, ainda acadêmico (segundo Webster, "com conhecimentos teóricos mas despreparado para a vida prática").

Passada a fase silenciosa do diagnóstico, onde a mente do médico trabalha ativamente, integrando dados, eliminando dificuldades pessoais para se concentrar na resolução do problema do doente²³, passa-se a fase operacional do diagnóstico: a explicação. Muito mais que identificação do nome da doença, um diagnóstico é uma explicação para o doente do que está acontecendo com ele. Esta explicação deve ser compreensível e por isto a linguagem técnica não é útil, por se tratar de uma linguagem fechada (limitada aos médicos). Deve-se fazer a conversão para uma linguagem próxima à do doente e deve ter um con-

teúdo próximo da verdade. O grau de incerteza deve ser contornado para não aumentar a insegurança do doente. As omissões e mentiras inocentes não devem comprometer profundamente o conteúdo real, pois, uma vez identificadas pelo doente, provocarão a perda da confiança e a rutura da relação. Provavelmente está na explicação a maior parte do poder terapêutico do médico¹⁵, e esta parte da consulta deveria ser a preocupação central do atendimento médico. É através dela que se estabelece um vínculo firme entre o médico e o doente, bem superior ao conseguido apenas pela capacidade de agradar graças a habilidades interpessoais que alguns médicos possuem.

A resultante de uma consulta médica, o diagnóstico, não é obrigatoriamente a resultante final²². Como na consulta, pode consistir apenas em um fragmento do todo, sendo o diagnóstico final, a soma destes diagnósticos parcelados, onde alguns persistiram, outros foram cancelados ou incorporados no decorrer do processo. Com isto entende-se que diagnósticos de consultas podem ser incompletos (faltam dados, a doença não se manifestou completamente ou já desapareceu), necessitando de dados adicionais ou de tempo de evolução para uma definição; podem ser errados (o erro foi provocado por omissão de dado ou por introdução de dado não autenticado). É curioso que se aceita a consulta psiquiátrica como um fragmento de um todo e se relute em aplicar o mesmo princípio à consulta médica, obrigando-a a ser total: o passado, o presente e o futuro patológicos de uma pessoa devem ser analisados naquele curto espaço de tempo. Fragmentar a consulta leva a diagnósticos parciais, mas se eles forem dirigidos ao problema presente do paciente, constituirão em elementos definidos e benéficos, possibilitando estratégias para enfrentá-los.

IX. TRATAMENTO

9.1. O conceito médico de tratamento⁸, difere bastante do que o doente entende como tal. Para o doente o tratamento é confundido com seu objetivo:-cura-e este ainda com uma diferença: não significa apenas eliminar a doença mas também, restaurar, perfeitamente, "ao modo como era antes". Esta diferença de conceitos é enorme: para o médico uma artrite reumatóide inativa há anos está curada, enquanto que para o doente, que tem sequelas articulares discretas, não. Tratamento ou cura, no sentido dado pelo doente, quase nunca é possível e por isto não pode nem deve ser oferecido a ele. Esclarecer este fato sem destruir a esperança do doente, constitui uma tarefa difícil sob a qual nunca se consegue um domínio completo.

9.2. As limitações do médico no tratamento de doentes, restringem sua atuação a três possibilidades genéricas: primeiro, "assegurar ao doente de que uma anormalidade, percebida por ele, é uma variação do normal ou não tem, nem terá conseqüências"; segundo, "intervir de modo a eliminar o problema ou sua causa"; terceiro, "intervir, diminuindo as conseqüências de um problema não eliminável"¹⁹. Ao definir estratégias de tratamento, é útil enquadrar cada problema em uma das alternativas acima, determinando-se antecipadamente que objetiva pode ser conseguido. Estas limitações devem estar conscientes para o

médico, mas esclarecer o doente a respeito pode abalar sua estrutura como pessoa, por retirar o apoio que a esperança representa. Adota-se a postura que se tem para as "verdades dolorosas": omite-se, conta-se aos poucos ou apela-se para a hipocrisia suave da "mentira piedosa"¹³.

9.3. É necessário que o médico disponha de conhecimentos que permitam escolher o tratamento melhor para aquele caso. Estes conhecimentos podem estar vivos na memória do médico, para uso imediato, e, assim deve ser para as doenças mais frequentes ou as que pertencem à sua área de competência, ou a memória pode ser avivada com uma consulta a livros ou à colegas. Esta é a seqüência natural pós definição do diagnóstico.

Oferecer ao doente todos os recursos disponíveis para proporcionar o melhor tratamento, como exige o código de ética médica, não implica obrigatoriamente em que o médico só saiba o melhor modo de tratar. Provavelmente este não é disponível no ambiente em que ele trabalha ou o doente não pode executar o tratamento. Estas limitações obrigam, o médico, a saber tratar uma doença de vários modos, adaptando-as a uma realidade exequível (pratópica) que se aproxime da ideal (utópica).

9.4. Para o doente que perdeu sua capacidade de relacionar com o ambiente no modo que lhe era habitual, o médico constitui um verdadeiro talismã^{6 8}, através do qual aquela capacidade será restaurada. Ser tocado por este talismã estabelece um acesso a forças terapeuticamente não desprezíveis^{5 1}. O exame físico, onde o toque de mãos é feito de um modo não forçado, tem uma atuação de um "poder de magia" inconsciente exigido e ao

mesmo tempo não aceito pelo doente, visível nas expressões depreciativas dos doentes "ele nem me examinou" ou opostas "o médico examinou e achou tudo normal". A nível inconsciente o doente só entende ter havido consulta se houver exame físico. Uma extensão deste "poder de magia" exercido pelo médico está no uso de aparelhos, iniciando-se pelo estetoscópio, martelo de reflexos, agulhas para sensibilidade, endoscópios, eletrocardiografias, RX e outros aparelhos que se somam, reforçando a convicção enraizada em arquétipos coletivos no inconsciente (coletivo) do ser humano. Este poder de magia, cujo uso abusivo serve para a exploração dos doentes, não deve ser desprezado no tratamento das doenças.

9.5. O poder da palavra, vinculando a explicação clara mencionada ao ser analisado o diagnóstico, é outro elemento terapêutico importante. Não deve ser entendido como elemento útil para ludibriar e enganar o doente conduzindo-o a um comportamento que seja conveniente e útil para o médico, mas sim como o modo de esclarecer as dúvidas e angústias que o atormentam. É o veículo que permite enriquecer o modelo empobrecido de vida que o doente tem. Se o médico não dispõe de recursos para enriquecimento de "modelo de vida" como o psicanalista³ tenta fazer, pelo menos para enriquecer o modelo de saúde e de doenças que o doente mencione, o médico está preparado. Necessita apenas, de uma adaptação, trabalhando com uma linguagem que o doente entenda, que faça sentido para ele^{4 6}. Neste contato verbal é que se estabelecem os laços de ligação do doente com o médico, e eles são mais fortes quanto maior for a atenção dada por este^{6 3}. O poder terapêutico da atenção é usado na psicanálise e

deveria ser aproveitado como elemento fundamental da consulta médica. Um prolongamento desta atenção, bem como da "magia", é encontrado na medicação que é prescrita, que além de ter a ação farmacológica específica, apresenta um efeito protetor de continuidade da ação do médico, espécie de muleta de apoio¹³ a ajudar a restaurar a capacidade de se relacionar com o meio.

9.6. Aderência ao tratamento por parte do doente, resulta da compreensão da situação (doença) e dos objetivos a serem conseguidos. Nas ocasiões em que este objetivo é para o doente um benefício pequeno comparado ao custo (alguns anos no final da vida ao custo de restrições alimentares por muitos anos como é proposto em hipertensão leve) a opção do doente pode ser pela não execução do tratamento. Outras vezes a ameaça está distante e o risco não é (para o doente) tão grande (Ca de pulmão e cigarro) que não faz sentido para o jovem a interrupção de um hábito. A falibilidade da memória humana é, também, evidente nesta área. Apesar do esclarecimento inicial sobre a doença e dos objetivos do tratamento, o paciente esquece e esclarecimentos constantes deverão ser feitos durante o tratamento contínuo de doenças crônicas, sobre a doença propriamente dita e sobre os objetivos do tratamento.

9.7. Um componente importante da consulta, embutido no tratamento e pouco desenvolvido pelos médicos, é o prognóstico. Entenda-se não apenas como descrição das coisas ruins que poderão acontecer usada como argumento para conseguir a submissão do doente às ordens médicas. O prognóstico é muito mais que isto: é uma análise da evolução dos dados clínicos e laborato-

riais no futuro; uma previsão da evolução que terão espontaneamente ou pela atuação da medicação. Gastar um tempo delineando a perspectiva para o doente é o modo correto de conseguir a sua participação (aderência) na resolução do seu problema.

A perspectiva não pode ser a de uma ameaça ou de algo tão extenso que escape ao domínio do paciente, ou tão distante que ele não possa vislumbrar. Ela deve ser fragmentada e apresentada por etapas, da consulta atual para uma próxima, permitindo que, assimilando aos poucos, incorpore o todo, instruindo-se o doente progressivamente a respeito de sua doença a fim de que ele possa participar do seu atendimento e não apenas recebê-lo passivamente.

X. CONCLUSÃO

Os conceitos intelectualizados aqui formulados, constituem um esboço de elementos a desenharem um mapa de uma consulta médica. São alguns dos ingredientes do que entra para tornar a consulta melhor. Trazê-los a nível consciente, para uso continuado, é o objetivo deste condensado de idéias que, se for ouvido, talvez desperte interesse e sofra contestações que serão úteis no sentido de depurá-los, eliminando os excessos, clareando o confuso e criando bases para uma atuação humana¹¹ melhor e mais digna. Tomara que isto aconteça.

XI. NOTAS DE REFERÊNCIA

- ¹AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. *Clinical competence in Internal Medicine*. Ann Int. Med. 1979; 90:402-411.
- ²ANGEL, M. *Respecting the Autonomy of Competent Patients*. N. Engl. J. M., 1984; 310-17: 1115-1116. 26/04/84.
- ³BANDLER, R.; GRINDER, J. *A Estrutura da Magia. Um livro sobre linguagem e terapia*. Zahar Editores, 1977.
- ⁴BAKHEN, C.; YOUNG, D.S. *Changing American Medicine*. Br. J. Med., 1984; 288:956-57.
- ⁵BARON, J. W. *An Introduction to Medical Phenomenology: I can't ear you when I am listening*. Ann Int. Med. 1985; 103-4:600-611.
- ⁶BARONDNESS, J. A. *The Problem Medical Solving in Clinical Medicine. From Data to Diagnosis*. Ann Int. Med. 1985; 103:484-485.
- ⁷BEDELL, S. E.; CLEARLY, P. D.; DELBANCO, T. C. *The Kindly Stress of Hospitalization*. Ann J. Med. 1984; 77-4:592-596.
- ⁸BENJAMIN, W.W. *Healing by the Fundamentals*. N. Engl. J. Med., 1984; 311-9:595-587.
- ⁹BENSON, J. A.; TAUTON, O.D.; DAVIES, E.D. *Position: Qualities for Clinical Competence*. Ann Int. Med. 1986; 105:616-617.
- ¹⁰BERMAN, L. M. *Novas Prioridades para o Currículo*. Editora Globo, 1979.
- ¹¹BESSINGER, C.D. *Humanitology as a New Especiality*. N. Engl. J. Med., 1986; 314-4:249-250.
- ¹²BLUSTONE, R. *The Patient who hurts all over. Pratical approach to diagnosis and management*. Postgraduated Medicine, 1982; 72-6:71-77.

- ¹³BRODY, H. *The Lie that Heals: The Ethics of Giving Placebos.* Ann Int. Med., 1982; 97-1: 112-118.
- ¹⁴BROWN, H.; VOILLANT, G. E. *Hipocondriasis.* Arch Int. Med., 1981; 141:723-726.
- ¹⁵BULGER, R. J. *Service as a Professional Sacrament. Emotional Neutrality and the Power of the word in Therapy.* Arch Int. Med. 1982; 142:2289-2293.
- ¹⁶CASSEL, E.J. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine.* N. Engl. J. Med., 1982; 306-11:639-645.
- ¹⁷CHISTY, N. P. *Silence Always Sounds Well.* Am J. Med., 1979; 87:550-552.
- ¹⁸COLIN, A. *Use of Binary Search Pattern on Discriminator Analysis in Radiologic Diagnosis in Arthritis.* Seminars in Rhumatology, 1986; XVI-2:104-115.
- ¹⁹CONNELY, D.P.; JOHNSON, P.E. *The Medical Problem Solving Process.* Human Pathology, 1980; 11-5:412-419.
- ²⁰CHOWSHAW, R. *Undrained Brains.* N. Engl. J. Med. 1982; 306-2: 99-101.
- ²¹DAVIDSON, C. S. *Are We Physicians Helpless?* N. Engl. J. Med. 1984; 310-17:1116-1119.
- ²²DIAMOND, G. A.; FORRESTER, J. S. *Metadiagnosis: An Epistemologic Model of Clinical Judgement.* Am J. Med. 1983; 75: 129-135.
- ²³ERAKER, A.; POLITSER, P. *How decision are reached: Physicians and patient.* Ann Int. Med. 1982; 97:262-265.
- ²⁴FALK, R.H. *The Dead of Death with Dignity.* Am J. Med. 1984; 77-5: 775-776.
- ²⁵FEINSTEIN, A. R. *An Addicional basic science for clinical medicine: The Constraining Fundamental Paradigms.* Ann Int. Med. 1983; 99:393-397.
- ²⁶_____. *The Limitation of Randomised Trials.* Ann Int. Med., 1983; 99:544-550.
- ²⁷_____. *The Challenges of Comparison and Measurement.* Ann Int. Med., 1983; 99:705-712.

- ²⁸ FEINSTEIN, A. R. *The Development of Clinimetrics*. *Ann Int. Med.*, 1983; 99:843-848.
- ²⁹ FITZGERALD, F. T. *From Galen to Xerox*. *Ann Int. Med.* 1982; 96-2: 245.
- ³⁰ FRANK, J. *Illness and Vulnerability*. *N. Engl. J. M.* 1983; 308: 1268-1274.
- ³¹ FRIEDMANN, R. D. *The Diagnostic Consultant*. *Am J. Med.* 1983; 74-6:929-931.
- ³² FRIEL, P. B. *Death and Dying*. *Ann Int. Med.*, 1982; 97:767-771.
- ³³ FROTHINGHAM, T. E. *The Chief Complain*. *N. Engl. J. Med.* 1982; 307:194.
- ³⁴ GONZALEZ, R. A. *Ideario de Simon Rodrigues*. Ediciones Centauro, Caracas, Venezuela, 1980.
- ³⁵ GOLDFINGER, S. E. *Continuing Medical Education*. *N. Engl. J. Med.* 1982; 306-9: 540-541.
- ³⁶ GÖRLING, R.; ZUCKER, H. D. *Physicians Reations to Patients*. *N. Engl. J. Med.* 1983; 308-18: 1059-1063.
- ³⁷ GRINES, P. F. *Research in Internal Medicine*. *Ann Int. Medicine*, 1982; 96-4:518-519.
- ³⁸ GUTHEIL, T. G.; BUNSZTAJM, H.; BRODSHY, A. *Informed Consent and Therapeutic Aliance*. *N. Engl. J. Med.* 1984; 311-1:49-51.
- ³⁹ HARDISON, J. E. *On Dennial*. *Am J. Med.* 1980; 69:332-333.
- ⁴⁰ HIBBIHER, D. J. *Allowing the Debilitated to Die*. *N. Engl. J. Med.* 1983; 308-12:716-718.
- ⁴¹ HURST, J. W. *Osler as a Visiting Professor: House pupils plus six skills*. *Ann Int. Med.* 1984; 101:546-549.
- ⁴² JANSEN, A. R. *Watching the Doctor*. *N. Engl. J. Med.* 1983; 308-25: 1531-1535.
- ⁴³ JENSEN, P. S. *The Doctor-Patient Relationship: Headed for impasse*. *Ann Int. Med.* 1981; 95:769-771.

- ⁴⁴KASSIRER, J. P. *Teaching Clinical Medicine by Interactive Hypothesis Testing*. N. Engl. J. Med. 1983; 309-15:921-923.
- ⁴⁵KROENKE, K. *Ambulatory Case: Practice Imperfect*. Am J. Med. 1986; 80:339-343.
- ⁴⁶_____. *The Case Presentation: Stumbling Blocks and Stepping Stones*. Am J. Med. 1985; 79:605-608.
- ⁴⁷_____. *The Lecture: Where it Wavers*. Am J. Med. 1984; 77-3:393-396.
- ⁴⁸LANDAU, R. L. *Professors of Medicine, Stand Up!* Arch Int. Med. 1983; 143:212-213.
- ⁴⁹LEAL, A. *The Doctor Dilemma and Society too*. N. Engl. J. Med. 1984; 310-11:718-720.
- ⁵⁰LEE, R. V. *The Generalist: A Jaudiced View (the specialist veneer)*. Am J. Med. 1982; 72:184-187.
- ⁵¹_____. *The Generalist: A Jaudiced View (touch)*. Am J. Med. 1982; 76:617-618.
- ⁵²_____. *The Generalist: A Jaudiced View (role models)*. Am J. Med. 1983; 75:7-8.
- ⁵³LEVINE, R. J. *Informed Consent in Research and Practice*. Arch Int. Med. 1983; 143:1229-1231.
- ⁵⁴MATERN, W. D.; WEENHOTZ, D.; FRIEDINAN, C. P. *The Attending Phisician as Teacher*. N. Engl. J. Med. 1983; 308-19:1129-1132.
- ⁵⁵Mc LUE, J. D. *The Effect of Stress on Physicians and their Medical Praticce*. N. Engl. J. Med. 1982; 306-8:458-463.
- ⁵⁶Mc PHEE, S. J. *Cost Containment Confronts Physicians*. Ann Int. Med. 1984; 100-4:604-605.
- ⁵⁷NOBEL, J. *Diagnosis of a Sadness at the Heart with Therapeutic Intent*. Ann Int. Med. 1983; 90-1:116.
- ⁵⁸PAPPER, S. *The Creative Clinician*. Arch Int. Med. 1984; 99:393-397.
- ⁵⁹QUILL, T. E. *Partnenships in Patient Case: A Contractual Approach*. An Int. Med. 1983; 98:228-234.

- ⁶⁰READ, R. *O sentido da arte*. Ibrasa, 1978.
- ⁶¹REYNOLDS, R. C. *The Loss of Charity in the Practice of Medicine*. Am J. Med. 1981; 71-2:196-198.
- ⁶²ROSS, B. E. *The Poly Symptomatic Melancholic as a Patient in the Internist's Office*. Acta Med. Scand. 1981; 209:433-436.
- ⁶³SCHNABELL, T. G. *Is Medicine Still an Art*. N. Engl. J. Med. 1983; 309-2:1258-1261.
- ⁶⁴SHEINBERG, I. H. *Investigating Diseases no one's got*. N. Engl. J. Med. 1983; 309-15:918-919.
- ⁶⁵STEAD, E. A. *The Physician's Assistant and Internal Medicine*. Am J. Med. 1984; 70:1161-1162.
- ⁶⁶STOUEMIRE, A.; RHOADY, J. M. *When the Doctor Needs a Doctor: Special Considerations for the Physician-Patient*. Ann Int. Med. 1983; 98:654-659.
- ⁶⁷TARLOV, A. R. *Academic General Internal Medicine*. Ann Int. Med. 1982; 96-2:239-240.
- ⁶⁸TRILLIN, A. S. *Of Dragon and Garden Peas: A Cancer Patient talks to Doctors*. N. Engl. J. Med. 1981; 304-12:699-701.
- ⁶⁹THOMASMA, D. C. *Beyond Medical Paternalism and Patient Autonomy: A Model of Physician Conscience for the Physician-Patient Relationship*. Ann Int. Med. 1983; 98:243-248.
- ⁷⁰VINEY, L. L.; WESTBOOK, M. T. *Coping with Chronic Illness Strategy Preferences; Changes in Preferences and Associated Emotional Reactions*. J. Chron Dis 1984; 37-6:489-502.
- ⁷¹WANGER, S.H.; ADESTEIN, S. J.; CRANFORD, R.E.; FEDERMAN, D.; HOOK, E.D.; MOERTEL, C.G.; SAFAR, P.; TAUSSING; H.D.; EYS, J.V. *The Physician's Support Toward Hopelessly Patients*. N. Engl. J. Med. 1984; 310-5: 955-959.
- ⁷²WARREN, K.S. *Humanities in Medical Education*. Ann Int. Med. 1984; 101-5:697-699.
- ⁷³YOUNG, C.G.; WILHELM, R. *O Segredo da Flor de Ouro. Um Livro de Vida Chinês*. Editora Vozes, 1984.