



Colunista: Daniel Figuerola -Especialista em diabetes Fundação Rossend Carrasco i Formiguera
Revista nº: 35
Tema: Reptos e propostas na relação entre médico e doente



Reptos e propostas na relação entre médico e doente

O exercício da Medicina sofreu mudanças muito importantes nos últimos anos, não somente no que se refere às inovações técnicas e recursos tecnológicos, mas também no estilo da relação entre médico e doente ou, se é permitido utilizar uma terminologia politicamente mais correcta, entre o pessoal de saúde e os seus clientes. Não é sobre o primeiro aspecto que queria escrever – por outro lado, é um assunto que aparece com frequência nas páginas científicas do jornal – mas exactamente sobre como mudaram – e no meu entender ainda devem mudar muito mais – as relações humanas entre utilizadores e profissionais da saúde. Creio que disto se fala pouco e mal, por vezes de boca fechada e muitas vezes com críspação por parte dos dois lados em apreço.

Por razões óbvias, doente e médico têm uma relação muito mais complexa do que a que se estabelece no mundo comercial ou no âmbito de outras profissões liberais, como a dos advogados ou consultores, por exemplo, os fiscais ou os financeiros. Contrariamente ao que acontece com estes, nas relações médico-doente muitas vezes está em jogo a tomada de decisões que afectam coisas muito pessoais e transcendentais com a expectativa de vida e, ainda mais, a qualidade da mesma. Correndo o risco de escandalizar, diria que é uma relação que partilha muitas características com a clássica de amor e ódio dos paralelos. Tal como se passa com estes, raramente o poder está bem repartido, mas recai em cada um dos componentes, neste caso evidentemente no médico. Como acontece com frequência, o doente tem o direito – muitas vezes mais teórico que real – de procurar outro interlocutor, mas tem muitas dificuldades se pretende modificar a compreensão do médico (tal como as mulheres que, uma vez casadas, querem mudar de marido).

O médico tem quase em exclusivo os dados do conhecimento que lhe permitirão a elaboração de um diagnóstico, uma vez que dispõe dos dados provenientes da sua observação clínica e dos exames complementares. Neste sentido, a situação tornou-se ainda mais evidente desde que a análise e as imagens radiográficas vão directamente dos departamentos de radiologia e de laboratórios do hospital para o computador do médico, sem que o doente possa nem sequer dar-lhe uma vista de olhos – o que constitui a violação de um direito absolutamente legítimo – nem possa consultar outro médico. (Todo o discurso oficial do direito a uma segunda opinião no seio da medicina pública na prática é uma ficção). Mas não somente o médico tem quase em exclusivo a informação, mas também, fruto da sua preparação académica, dispõe da capacidade para a interpretar. Por isso, não há dúvidas quanto à posição absolutamente preeminente do médico, facto que inevitavelmente gerará receios.

Voltando à tese inicial, é evidente que o doente tem muitos motivos para odiar o médico. Mas não é menos verdade que o estima, e por vezes fá-lo apaixonadamente como, por exemplo, em circunstâncias em que o desaparecimento de uma dor física depende da presença do médico (não se pode imaginar como me estimava o Dr. L. quando, às quatro da madrugada, administrou um analgésico por via venosa em plena crise de cólicas nervosas) ou simplesmente a extinção de uma agonia resultante da incerteza (tens dores no peito, imaginas um enfarte e o cardiologista diz-te sorridente que a prova de esforço está normal).

Pelo seu lado, o médico estima o doente por diferentes motivos. O mais simples é porque, de uma maneira directa ou indirecta, lhe pagou o seu salário. Mas também o estima porque quem escolhe esta profissão costuma ter um perfil de vocação de assistência ao próximo superior a outros fins e, por isso, encontra satisfação pessoal nesta actividade de cuidar da saúde dos outros. Mas é bem sabido que o amor se converte em ódio com muita facilidade, e é fácil entender que este sentimento aflore quando o médico se sente repetidamente maltratado por indivíduos – muitas vezes exigentes e mal educados – que fazem muitas consultas supérfluas e têm uma exigência de atenção acima da média. E não há dúvidas de que, na sociedade, cada vez mais protegida pelo Estado em que vivemos, as pessoas tendem a demitir-se das suas responsabilidades, considerando que a saúde é o dever dos médicos, da mesma forma que delegam a educação dos filhos nos professores. (E nem os médicos nem os professores estão preparados – deveriam estar? – para assumir esta responsabilidade que se lhes pede).

A relação médico-doente evoluiu ao longo da história, e nem sempre de maneira linear. O barbeiro e o tiradentes da Idade Média – autênticos pioneiros da cirurgia – eram médicos empíricos que ensaiavam tratamentos e partilhavam – por vezes cometendo alguns erros - os seus resultados com os clientes. Esta abordagem empírica vai ser substituída progressivamente pelo racionalismo, baseado no "saber" e de certa forma independente da experimentação. Nesta linha – que foi iniciada por médicos e filósofos da antiguidade como Hipócrates e Galeno – as descobertas do século XIX como a bacteriologia e a anatomia patológica e mais tarde a radiologia, vão consolidar o médico como o sábio e o doente como o ignorante, dando pouco valor ao paternalismo médico, conceito totalmente desconhecido no século XVIII, entronizado em fins do XIX e boa parte do XX, e que infelizmente ainda dura nos inícios do XXI.

A transversalidade na relação médico-doente vai-se recuperando progressivamente na segunda metade do século passado, graças ao grande desenvolvimento da estatística, ao conceito de "medicina baseada na evidência" e à rápida socialização dos resultados da medicina experimental que a Internet implicou. Pode-se dizer que agora mais do que nunca, a ciência e o conhecimento estão ao alcance da sociedade. Não obstante, esta indubitável democratização da ciência significa, no caso da Medicina, que o utilizador doente tem mais liberdade de escolha? Provavelmente sim, mas gostaria de fazer alguns comentários:

1.- O documento anónimo "consentimento informado" que é usado há cerca de trinta anos, é em meu entender um grande erro, colocado fundamentalmente ao serviço da protecção legal do médico. É um erro não porque diga falsidades, mas porque com a sua assinatura tudo acaba, e além disso não é possível modificar as condições do "contrato". Se o doente assina segue-se em frente com o exame diagnóstico ou a acção terapêutica, mas e se disser que não queira assinar? Ou se tiver a ousadia de dizer que lhe agradaria expressá-lo doutra forma? Convido o leitor que o façam da próxima vez que se encontrem nesta situação e sobretudo não deixem de observar a cara de espanto dos profissionais de saúde. Com uma câmara digital e um pouco de sorte, podem, além disso, ganhar algum prémio de fotografia surrealista.

2.- Como no jogo do telefone, desde o que o médico diz até ao que o doente entende há uma distância enorme. Seja pela pouca habilidade do profissional em fazer-se entender, seja por limitações intelectuais do doente, seja por bloqueio emocional (por exemplo se acabam de te dizer que tens um cancro da próstata e te propõem imediatamente que escolhas entre a cirurgia radical e a radioterapia, certamente que serás incapaz de entender as vantagens e os inconvenientes de cada sistema), o que é certo é que a composição da ideia que o doente faz costuma ser muito diferente da que o médico tem na cabeça quando emite a mensagem.

3.- Como em geral o doente confia no critério do médico, muitas vezes depois de todas as explicações a conversa acaba num fatídico "que é que me aconselha, doutor?". Perante isto, costumam-se repetir dois tipos de respostas. Um que infelizmente começa a ser frequente é: "escolha, eu já lhe expliquei os prós e os contra, de maneira que é você que deve escolher". Como me parece uma crueldade e creio que a muitos profissionais acontece o mesmo, a tentação de muitos outros consiste em dizer "se estivesse em teu lugar..." ou encara muito mais esta "se fosses meu irmão (ou pai ou filho, conforme a idade do implicado na negociação)...". Desta forma, tomemos o paternalismo mais troante, com o risco implícito de o médico projectar na decisão as suas crenças e atitudes, não havendo motivo para que estas sejam iguais às do doente.

4.- Colocar-se na pele do outro ("pôr-se do lado do cliente" como diz o excelente livro de Màrius Morlans) é um exercício difícil mas imprescindível se quisermos que a escolha seja o mais livre possível. Trata-se de dizer conjuntamente, lado a lado, mas a partir da perspectiva do doente, tendo em conta as suas características pessoais, não somente as biológicas, mas também as sociais, psicológicas e culturais. E este processo, em que sem dúvida se está a avançar, muitas coisas como tempo, formação, condições ambientais apropriadas, etc. E humildade e tolerância para aceitar as reticências do doente. E implica uma última capacidade mais difícil, que consiste em saber promover a dúvida e a incerteza e, até mesmo, estar disposto a partilhar a ignorância. Parece utópico, mas é possível. É necessário se se quiser avançar na autêntica liberdade de escolha e na dignificação da relação entre doente e médico.

Colunista : Daniel Figuerola -Especialista em diabetes Fundação Rossend Carrasco i Formiguera

Revista nº : 35

Tema : Reptos e propostas na relação entre médico e doente