

Relação Médico – Doente. Éticas em mudança. Médicos e doentes, Doentes e médicos. *illness* e *disease*

Em português quando dizemos a palavra **doença** estamos a aplicá-la num sentido lato, contendo o termo implicações sociológicas, onde se inclui a resposta subjetiva do doente a esse facto.

Não discriminamos contudo o duplo sentido que o conceito envolve, o que se nos afigura necessário a fim de separar *afeção* de *doença em si*.

Esta dicotomia existente na língua inglesa, significa na prática que *illness* ou *afeção* é aquilo que leva o doente ao médico, sendo por seu turno a *doença* ou *disease*, o que o doente sente depois da consulta e do veredito médico.

A **doença do doente** (*illness*) e a **doença do médico** (*disease*) são termos usados para descrever o que **o doente sente quando vai ao médico** e **o que ele tem quando volta para casa** após a consulta.

Foi Casser quem introduziu este duplo sentido em que *doença - disease*, é qualquer coisa que um órgão tem e *illness- afeção* qualquer coisa que uma pessoa tem (1).

A *afeção- illness* será então a resposta subjectiva do indivíduo e dos que o rodeiam a um episódio de *doença* e como interpretam a origem e significado deste acontecimento, isto é de que forma o seu comportamento e o seu relacionamento com outras pessoas se vai desenvolver e o que se deve fazer para resolver a situação

Quando o doente procura o médico, tem já um conjunto de ideias sobre o problema de saúde de que sofre, desde a causa às consequências, da gravidade aos tratamentos desejáveis, podendo até ter consultado outros médicos, e se estas ideias prévias não forem exploradas e discutidas pelo médico durante a consulta, existe uma grande probabilidade de que o doente não adira ao tratamento proposto e se sinta insatisfeito e frustrado com o encontro clínico. (2)

Será a forma como estabelecemos a relação que irá modular o relacionamento e alterar as possíveis implicações ético jurídicas de um mau resultado.

Como compatibilizar o respeito pela informação adequada e a modulação dessa informação ao perfil do doente, quando o tempo e condições em que decorre esse encontro é não raras vezes submetido a fenómenos de ruído que enviesam a relação?

A «doença» e «dolência» não coexistem obrigatoriamente. Pode haver doença sem dolência e dolência sem doença. Estão neste caso situações de hipertensão ocular ou glaucoma ou retinopatia diabética ainda sem repercussões visuais, uma vez que o doente não tem quaisquer sintomas.

Deve-se tentar compreender como o doente percebe os novos episódios de doença identificados pelo médico, a forma como vão afetar o seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, o que está disposto a mudar e o que vai fazer para lidar com a situação, e não delegar nos familiares essa decisão. A família é um suporte mas não substitui o doente que pode até preferir o seu não envolvimento.

Existem modelos explicativos que ensinam sobre a doença, a sua gravidade, a sua causa, o seu tratamento e guia as escolhas entre diferentes terapêuticas disponíveis, dando sentido pessoal e social às experiências de doença.

O encontro entre o médico e o doente é também ele um encontro de dois modelos explicativos diferentes, o do doente e o do médico, e se estes modelos não são explicitados, discutidos e negociados tal facto implica que a mensagem do médico não é entendida ou não é aceite pelo doente que decide em consequência, não seguir os conselhos do médico. (2).

Apenas uma pequena percentagem das pessoas com sintomas anormais, consulta o médico e quando o faz apenas 1/3 segue completamente as prescrições, 1/3 segue-as parcialmente e 1/3 não as segue de todo. Esta regra chamada de 1/3 de *Podell* foi confirmada por vários estudos e põe o problema da comunicação médico/doente e das suas implicações na adesão à terapêutica (2,3)

Kleinman para explicar este fenómeno propõe a referida teoria dos «modelos explicativos», como sendo «as ideias sobre um episódio de doença e o seu tratamento que usam as pessoas implicadas num processo clínico. (2)

Esta clarificação inicial das ideias e expectativas do doente, quer em relação a si quer em relação à atuação do médico, é fundamental para uma melhor negociação do plano e concordância com os objetivos e metas a atingir.

O motivo da consulta, tal como foi expresso pelo doente e a sua narrativa é a chave da solução, pois explorar esse motivo e as ideias prévias sobre o seu problema e discuti-las durante a consulta é determinante para entender porque veio o doente procurar os serviços de saúde. ***Não é o sintoma que interessa mas aquilo que o doente «pensa» sobre o sintoma*** (4).

O motivo da consulta é somente a senha para o acesso aos cuidados de saúde e a interpretação que o doente e o médico dele fazem determina todo o processo subsequente da prestação desses cuidados(4)..

Deve ter-se em atenção que quando o doente procura o médico tem já um conjunto de ideias sobre o seu problema de saúde.

Fundamental é nunca esquecer o motivo, explícito ou oculto, que levou o levou a procurar os cuidados de saúde. (4)

Se este não for valorizado, se não forem exploradas e discutidas as ideias prévias do doente sobre o seu problema, corre-se o risco do médico se perder nos novos problemas por ele identificados e, conseqüentemente, o doente ficar insatisfeito com o encontro clínico, perdendo-se uma oportunidade de criar uma aliança (5).

Os médicos que escreveram sobre a doença que sofreram, dão conta de como a formação médica é fundamentalmente dirigida à fisiopatologia, à clínica, a avaliação dos exames complementares de diagnóstico, desvalorizando a narrativa da pessoa doente e o apoio moral e eventualmente psicológico que esta necessita. Em Retalhos da vida de um médico, no capítulo - A prima Cláudia, está bem expressa a falta de humanização dos serviços hospitalares, particularmente evidente quando o doente nos diz respeito e passamos para o

outro lado, patente no relato de Fernando Namora, referindo-se ao primo Lucas, que viera pedir-lhe ajuda para o levar ao hospital e onde assistira à primeira consulta no banco de urgência “ *médicos, enfermeiros, funcionários pareceriam atormentados com a ideia de algum outro serviço importante e inadiável*” “...O primo ficou internado ... pela primeira vez sentia-me misturado nesse ambiente...**dantes entrava ali com ar afadigado e breve dos mestres., o cenário satisfazia a nossa fatuidade profissional mas tudo isso agora tinha um significado humano. Eram dores e chagas que atormentavam homens como eu e não curiosas entidades clínicas** (6)

Por esse motivo o comportamento profissional do médico deverá munir-se de uma sensibilidade especial para conhecer a realidade do doente, ouvir as suas queixas e ser capaz de propor estratégias que ajudem o doente a adaptar-se aos limites induzidos pela doença, o que não significa que o profissional de saúde tenha de possuir conhecimentos profundos de outras áreas do conhecimento, como os de foro psicológico ou psicanalítico.

Para Kleinman (1991), cerca metade dos doentes que consultam um clínico geral nos Estados Unidos afirmam sentir-se frustrados por se aperceberem que os sintomas que identificam como relevantes para ajudar à identificação do diagnóstico da doença, não são valorizados pelo médico. Muitos desses doentes preferem procurar um médico da sua confiança, a quem podem confiar com segurança a forma com vêm a sua a doença e os sintomas de que sofrem.

Para superar estas dificuldades o autor sugere ao médico que primeiramente procure compreender o modo de vida do doente e de como interpreta a doença antes de iniciar uma investigação médica. O processo de estabelecimento de relações humanas com os doentes, concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do doente. (7).

William Osler afirmava que o doente deve funcionar na anamnese como um texto, por isso sugeria aos professores de medicina que prolongassem o

contacto dos seus alunos com o doente e desse modo evitarem uma cultura médica demasiadamente teórica.

As consequências de um não entendimento entre estes dois modelos, do médico por um lado e do doente por outro podem igualmente redundar em litigância, mais pela não comunicação adequada do que pela consequência de um eventual erro médico.

Existem **duas dimensões latentes da relação médico-doente nos nossos serviços**, que não oferece espaço para que os doentes se expressem com mais autonomia, não contribuindo igualmente para uma adesão terapêutica. (8)

São elas:

- 1) Confiança genérica dos doentes no médico a que poderemos chamar de **Relação mítica** (Joyce Moniz e Barros, 2005)
- 2) Dificuldade e falta de opções do doente, às quais os médicos não são sensíveis- **Modelo entre o mítico e o paternalista**

Por outro lado a forma com decorre a comunicação médico/doente tem implicações na adesão à terapêutica, e corre o risco do litígio por falta de informação.

Nesta nossa profissão saber “*atingir o impossível de nós mesmos...*” como diria Clarice Lispector, é uma metodologia que terá de ser praticada, não com um sentido messiânico de divinização da profissão, mas como um procedimento que se aprende com regras e tempo e espaço e condições de trabalho, e apreço dos pares pelo esforço e CLARO ... coragem. O que às vezes nos diviniza um bocadinho também!

Leonor Duarte de Almeida

Bibilografia

- 1) Cassel, E. J. (1976) *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship*. New York: Lippincott, 47-83
- 2) Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- 3) Nunes Berta (1997), *O Saber Médico do Povo*, Editora Fim de Século
- 4) Nunes Berta(2000) *Saúde e doença – a perspectiva do doente e a decisão de consultar*. [http://www. mgfamiliar. net/](http://www.mgfamiliar.net/) ... - csgois.web.interacesso 1 de junho de 2014.
- 5) Nunes JM. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa; Bayer Healthcare; 2007. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/comunicacao-em-contexto-clinico> (acedido em 01/12/2013). [[Links](#)]
- 6) NAMORA F. (1979) *Retalhos da vida de médico*. 1º serie 22º edição, 48- 49
- 7) Kleinman, A., 1991. *Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15:275.301.
- 8) https://www.apifarma.pt/.../03%20Apresentação_Adesão%20à%20Terapêut