

Relação médico-paciente



Médica, professora adjunta de Doenças Infecciosas e Parasitárias, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ (dircebonfim@alternex.com.br)

A ASSISTÊNCIA PARA ALÉM DA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS: O DESAFIO DO ENVOLVIMENTO

Antes de começar a discutir a relação médico-paciente, é preciso entender um pouco o assunto. Existe uma história que quero lhes contar sobre o conhecimento a respeito da relação médico-paciente. Em abril de 2002, durante o seminário *Conquistas e desafios na assistência ao HIV/AIDS*, que reuniu em São Paulo representantes da ABIA, do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, a apresentação do colega Marco Vitória, que falava em nome do ministério, sobre o programa do governo de distribuição de medicamentos, levantou uma questão fundamental: por que sempre se coloca a distribuição de remédios como a etapa mais importante, quando ela é apenas parte do tratamento do paciente?

Como infectologista, professora da UERJ, faço Clínica e costumo defender a idéia de que a terapêutica e o acompanhamento médico são partes do tratamento, do atendimento feito ao paciente. O paciente tem que ser recebido. É preciso conversar com ele, saber quem ele é e que existe algo chamado relação médico-paciente. Sem essa relação, o diagnóstico das doenças oportunistas não vai ser feito e não vai haver uma boa adesão ao tratamento.

Para a minha surpresa, ao defender essa idéia durante o seminário, metade da platéia perguntou o que é essa relação e afirmou desconhecer-la. Houve uma sucessão de relatos, demonstrando as experiências passadas por aquele grupo em relação ao atendimento médico, e fui indagada sobre como resolver essa dificuldade de relacionamento do médico com seu paciente.

Na faculdade de medicina, muitas vezes enfrentamos esse problema com os estudantes. Durante a formação médica, tentamos resolver essa questão por meio da psicologia médica, mas é algo realmente difícil de lidar. Por isso, é fundamental discutir a assistência, não só a distribuição de medicamentos.

O paciente tem que ser recebido. É preciso conversar com ele, saber quem ele é e que existe algo chamado relação médico-paciente.

CONFIANÇA E MÚTUO CONHECIMENTO

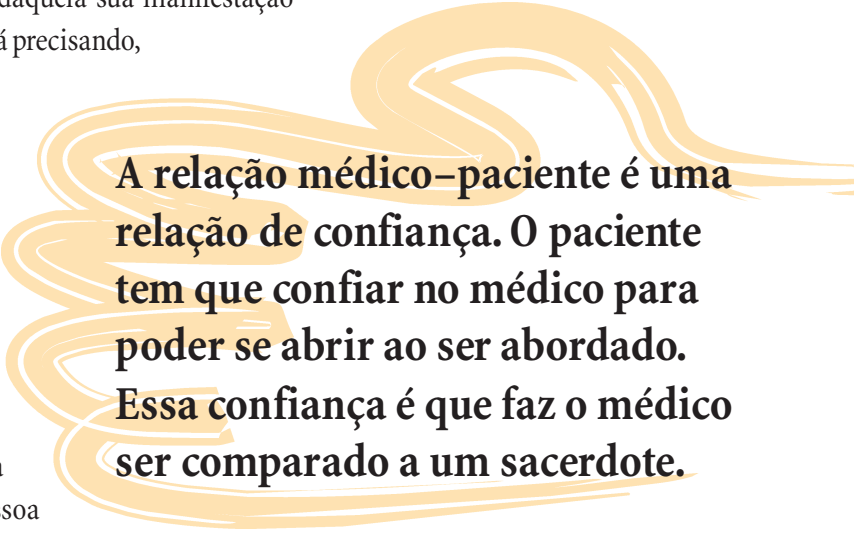
Mas, afinal, o que é a relação médico-paciente? Em primeiro lugar, é uma relação de confiança. O paciente tem que confiar no médico para poder se abrir ao ser abordado. Essa confiança é que faz o médico ser comparado a um sacerdote. É comum ouvirmos a frase: “Eu vou lhe falar isso porque a senhora é médica, e o que estou lhe contando não vai sair daqui, ficará só entre nós dois”.

Para estabelecer essa relação de confiança, o médico tem que, antes de tudo, reconhecer o paciente como um indivíduo cujos problemas podem transcender as manifestações clínicas que o levam ao consultório. Ele não é apenas mais um caso. Muitas vezes, o paciente apresenta uma manifestação clínica que, quando avaliada por um profissional, nem é tão séria assim, apesar da gravidade atribuída a ela pelo paciente. Por trás dessa manifestação clínica, dessas queixas objetivas, estão outros problemas que o médico só vai entender se conhecer aquela pessoa. Um indivíduo que chega ao consultório ansioso, estressado, fazendo daquela sua manifestação clínica algo muito mais grave do que realmente é, está precisando, mais do que tudo, de atenção.

O inverso também acontece. Há pacientes que minimizam suas manifestações clínicas porque sentem que podem ser graves. Mas se não houver essa intimidade, essa relação de confiança, esse conhecimento entre médico e paciente, torna-se muito difícil diagnosticar doenças oportunistas e acompanhar os quadros clínicos.

O que é necessário para que haja essa boa relação? Em primeiro lugar, saber quem é essa pessoa que está nos procurando. De onde vem? Seu médico é obrigado a conhecer tudo isso. Ele não pode se indispor, por exemplo, com um determinado tipo de resposta. O médico tem que conhecer as questões da regionalidade, o grau de escolaridade, o que o paciente diz, o que ele gosta, que tipo de profissão exerce e se está satisfeito com ela, quem é a sua família, as suas expectativas e temores sobre a doença. Porém, nos prontuários médicos, infelizmente, cada vez mais faltam essas informações. Sem elas, torna-se difícil manter uma boa relação com o paciente, até mesmo diagnosticar uma doença.

Prescrever o tratamento é ainda mais complicado. Como receitar um remédio para uma pessoa sobre a qual não sabemos de onde veio e quais são os seus conceitos e a sua bagagem de vida? Muitas vezes atendemos a pessoas do interior que têm toda uma visão diferente do que é um medicamento, da importância de dar seqüência a um tratamento. Muitos desses pacientes retornam para uma nova consulta sem os exames prescritos realizados por não terem entendido o que era para fazer. Se o médico



A relação médico-paciente é uma relação de confiança. O paciente tem que confiar no médico para poder se abrir ao ser abordado. Essa confiança é que faz o médico ser comparado a um sacerdote.

não conhecer a sua história e a sua realidade cultural, pode achar que ele não está querendo se tratar. Portanto, as conversas nas consultas têm que se adequar à linguagem, ao entendimento que ele tem do que é um médico, do que é a doença e do que pode acontecer.

OBSTÁCULOS

Há vários obstáculos na relação médico–paciente. A medicina moderna nos leva a encaminhar o paciente para vários especialistas, o que é uma vantagem, além de, às vezes, ser uma exigência do próprio paciente. Essa prática permite que a pessoa seja muito bem atendida, mas pode acabar colaborando para que ela perca a referência no seu médico principal. Esse médico deve ter todas as informações gerais, estar ciente do que o especialista prescreveu e participar de todo o processo.

Para estabelecer uma relação de confiança, o médico tem que reconhecer o paciente como um indivíduo cujos problemas podem transcender as manifestações clínicas que o levam ao consultório. Ele não é apenas mais um caso.

É dever do médico que prestou o atendimento inicial conduzir o paciente por todo o percurso da doença. Esse médico pode ter a assessoria dos especialistas, mas deve ser o responsável pelo paciente. Se o paciente estiver internado, cabe a ele avaliar o tratamento adotado, discutir os procedimentos com os outros médicos e explicar à pessoa o que está sendo feito e por quê. Isso transmite maior segurança ao paciente.

Existem, ainda, outros problemas: às vezes, um médico encaminha o seu paciente para um especialista que passa a conduzir o caso se reportando apenas ao paciente, e não ao médico que fez o atendimento inicial e estabeleceu a relação de confiança. O médico do atendimento inicial é quem conhece a família do paciente, quem sabe do que o paciente gosta e do que não gosta, quais são as suas expectativas. Por isso, ele deve ser mantido informado. Uma das maiores preocupações dos pacientes, ao serem encaminhados para um especialista, é a obrigação de contar novamente as suas histórias para esse outro profissional.

O atendimento terciário, quando o paciente está hospitalizado, é outro problema nessa relação. O paciente é encaminhado para um hospital e fica subjugado a um atendimento e a uma equipe grande que ele desconhece. Então, há a necessidade do médico que o vinha acompanhando desde o início visitá-lo e orientá-lo, para que se sinta mais seguro quanto ao atendimento prestado naquele momento.

ATENDIMENTO PÚBLICO

Os profissionais de saúde de instituições públicas enfrentam um outro problema na relação médico-paciente: a mudança de equipe. Em hospitais universitários, por exemplo, o paciente é atendido por médicos residentes, que permanecem na casa por apenas um ou dois anos, pois estão em treinamento. Essa troca de profissionais no atendimento é muito sentida pelo paciente.

A utilização de prontuários médicos não padronizados também atrapalha muito o atendimento na instituição pública. O médico perde muito tempo procurando a última evolução do tratamento, preenchendo formulários, prescrevendo receitas, tentando localizar exames complementares. Como a clientela é muito grande, às vezes um único médico é a referência para centenas de pacientes, e essa demora no atendimento provoca um grande desgaste emocional no médico e nos indivíduos, constituindo um obstáculo à prática da boa relação médico-paciente.

No nosso ambulatório, por exemplo, durante um longo período, mantivemos uma sala de espera, coordenada pela nossa assistente social. Ela organizou uma escala para que, em cada semana, um profissional médico fosse o responsável por essa sala, mantendo um relacionamento mais constante e direto com os pacientes. Isso reduzia o estresse da espera e possibilitava a realização de uma discussão do tratamento em grupo. Nós temos pacientes que estão em tratamento desde 1986, e esse trabalho certamente ajudou a criar uma relação de amizade no grupo.

Ainda hoje há queixas de pacientes de que o médico não o olha de frente, de que ele não sabe como abordar a questão da doença, como falar.

Relação médico-paciente

O médico tem que conhecer as questões da regionalidade, o grau de escolaridade, o que o paciente diz, o que ele gosta, que tipo de profissão exerce e se está satisfeito com ela, quem é a sua família, as suas expectativas e temores sobre a doença.

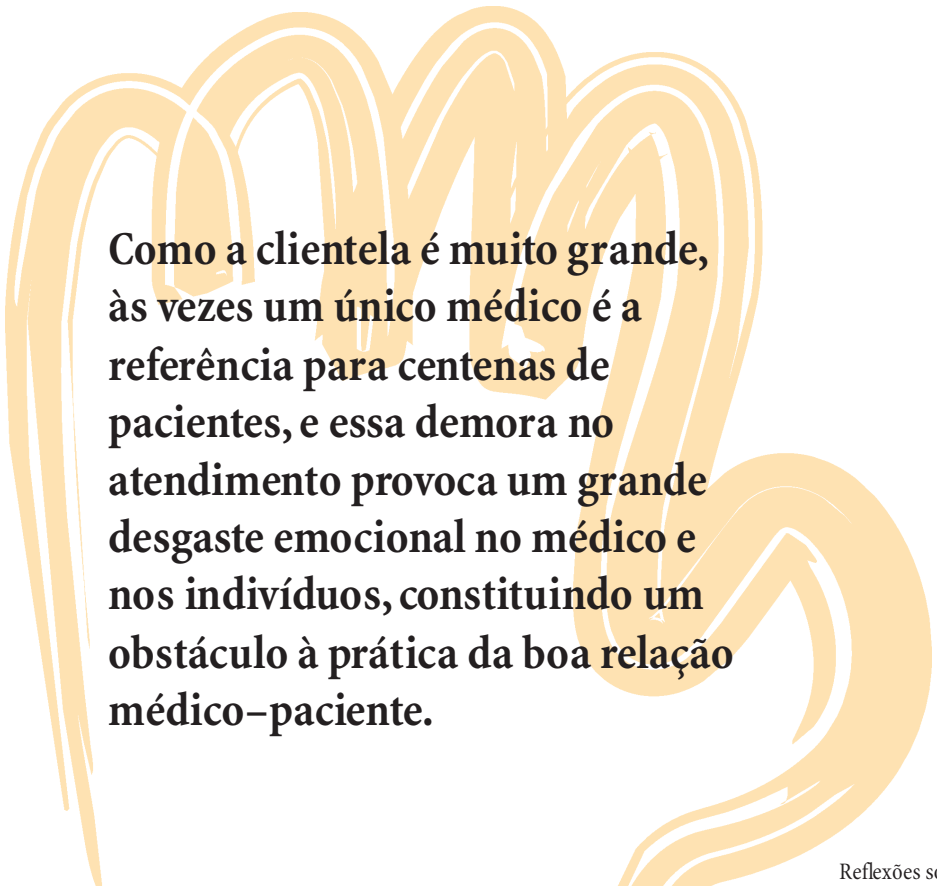
PRECONCEITO, FORMAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Outro empecilho que não pode ser esquecido é o preconceito. Ainda hoje há queixas de pacientes de que o médico não o olha de frente, de que ele não sabe como abordar a questão da doença, como falar. Nós ainda temos colegas que nos procuram para dizer que pediram um teste anti-HIV para um paciente, mas que não sabem como conversar com ele sobre o resultado.

Existe, ainda, o medo do contágio. Apesar de todas as pesquisas mostrarem que o contágio não se dá com um simples contato numa sala, persiste a desconfiança. É importante ressaltar também a existência de um temor de que a clientela descubra que o profissional tem pacientes soropositivos e, principalmente, há um grande medo de envolvimento com as histórias desses pacientes. Muitos profissionais preferem atender a pacientes que não demandem grande envolvimento emocional, em que o atendimento se resume a pedir exames de laboratórios, fazer o diagnóstico, prescrever o tratamento.

Existem, ainda, as dificuldades de ordem técnica: casos difíceis, que em longo prazo vão requerer conhecimentos que o profissional não tem. A solução encontrada por esses profissionais é encaminhar o paciente para um especialista, o que é uma questão muito séria, porque o indivíduo, às vezes, sente essa rejeição.

Recordemos o juramento de Hipócrates para dimensionar a questão da relação médico-paciente: “Respeitareis os segredos que lhe forem confiados. A saúde do meu paciente será a minha primeira preocupação. Não permitirei que fatores de ordem religiosa, nacional, racial, política ou de caráter social se interponham entre os meus deveres e o meu paciente”. É sempre bom lembrar que essas frases do juramento de Hipócrates são muito pertinentes a essa questão da relação médico-paciente, que é uma relação, sobretudo, de confiança.



Como a clientela é muito grande, às vezes um único médico é a referência para centenas de pacientes, e essa demora no atendimento provoca um grande desgaste emocional no médico e nos indivíduos, constituindo um obstáculo à prática da boa relação médico-paciente.

“Vivo com AIDS há 12 anos. Como militar, tenho me tratado esse tempo todo no Hospital Marcílio Dias (RJ), mas nunca tive um bom relacionamento com o meu médico. Quando comecei o tratamento, ia regularmente às consultas, mas não tomava medicamento porque ele dizia que não havia necessidade, embora nunca tenha explicado o porquê. Só vim a tomar remédios em 1996, porque questionei com ele e quis informações sobre o coquetel.

Agora em janeiro, resolvi parar de tomar os medicamentos. Sentei com o meu médico e conversamos. Eu dizia que queria parar por causa disso e ele dizia que eu não deveria parar por causa daquilo. E quando ele dizia que eu não deveria parar, eu rebatia: vou parar por causa disso. E ficamos: eu sim e ele não. Até que teve uma hora que ele concordou com o que eu dizia. Parei de tomar o medicamento e ele me garantiu que eu iria fazer exames de dois em dois meses para saber o que estava acontecendo. A partir daquele momento, houve mais entrosamento entre nós. Passei a ter mais confiança, não na equipe, mas nele propriamente dito.”

Participante do seminário

“Sou um pouco pessimista em relação à possibilidade de haver um melhor atendimento na rede privada do que na pública. Sou adepto do inverso: no público, principalmente em AIDS, se tem um atendimento muito melhor, obviamente ressaltadas algumas exceções.

No global, a assistência pública, apesar de tudo, ainda é bem melhor e, no meu ponto de vista, mais confiável. Muitas vezes, vejo pacientes que vêm procurar médicos da clínica, mesmo tendo seguro saúde”.

Leonardo Maia (PAM 13 Maio/RJ)

A IMPORTÂNCIA DO AFETO, DA TROCA E DA IGUALDADE

Para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, além de ouvir, olhar e examinar o paciente, é fundamental aprender a senti-lo. Quando nos permitimos isso, estamos também possibilitando a nós mesmos e aos pacientes um sentimento que é uma troca essencial na construção dessa relação.

Um psiquiatra conhecido meu, recém-falecido, costumava dizer que “a humanidade está precisando mais de afeto do que de oxigênio”. A frase expressa bem o que gostaríamos que todo mundo entendesse. Quando surgiu, a AIDS, na verdade, invadiu a privacidade e a vida de todos os indivíduos, portadores ou não do vírus.

Para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, além de ouvir, olhar e examinar o paciente, é fundamental aprender a senti-lo.

Ela invadiu a Medicina e nos deixou, às vezes, de “saia justa”, nos levando a viver situações nunca vistas antes, como profissionais e, principalmente, como seres humanos. Para enfrentarmos situações como o preconceito, o medo do contágio e do envolvimento, não podemos esquecer a postura médica e nem a humildade para recorrermos a especialistas em busca do conhecimento que eventualmente não temos.

Para uma relação médico-paciente bem-sucedida, é preciso enxergar o paciente não como um portador do HIV/AIDS, que entrega a sua saúde à responsabilidade do médico, mas como o dono do seu corpo,

Para enfrentarmos situações como o preconceito, o medo do contágio e do envolvimento, não podemos esquecer a postura médica.

da sua saúde, da sua cabeça, tendo uma participação efetiva no tratamento e nas decisões tomadas.

Do ponto de vista técnico, o médico determina o que é melhor para o paciente, mas nem sempre o que é muito técnico condiz com a realidade do indivíduo, com a sua história de vida. A sua trajetória não é uma lata de sardinha que abrimos, fechamos e botamos na geladeira. É um ser humano que tem experiências e vivências que devem ser levadas em consideração.

O mais importante nessa relação é que todos nós nos coloquemos - médico assistente, psicólogo, assistente social e paciente - numa posição de igualdade.

Antes de sermos profissionais e pacientes, somos seres humanos.

Essa postura de ver o outro como igual ajuda muito na abordagem, no desenvolvimento do trabalho e da relação de confiança. Se não houver esse nível de igualdade, é impossível desenvolver qualquer trabalho com sucesso.

Para uma relação médico-paciente bem-sucedida, é preciso enxergar o paciente não como um portador do HIV/AIDS, que entrega a sua saúde à responsabilidade do médico, mas como o dono do seu corpo, da sua saúde, da sua cabeça.

TRABALHO EM PARCERIA

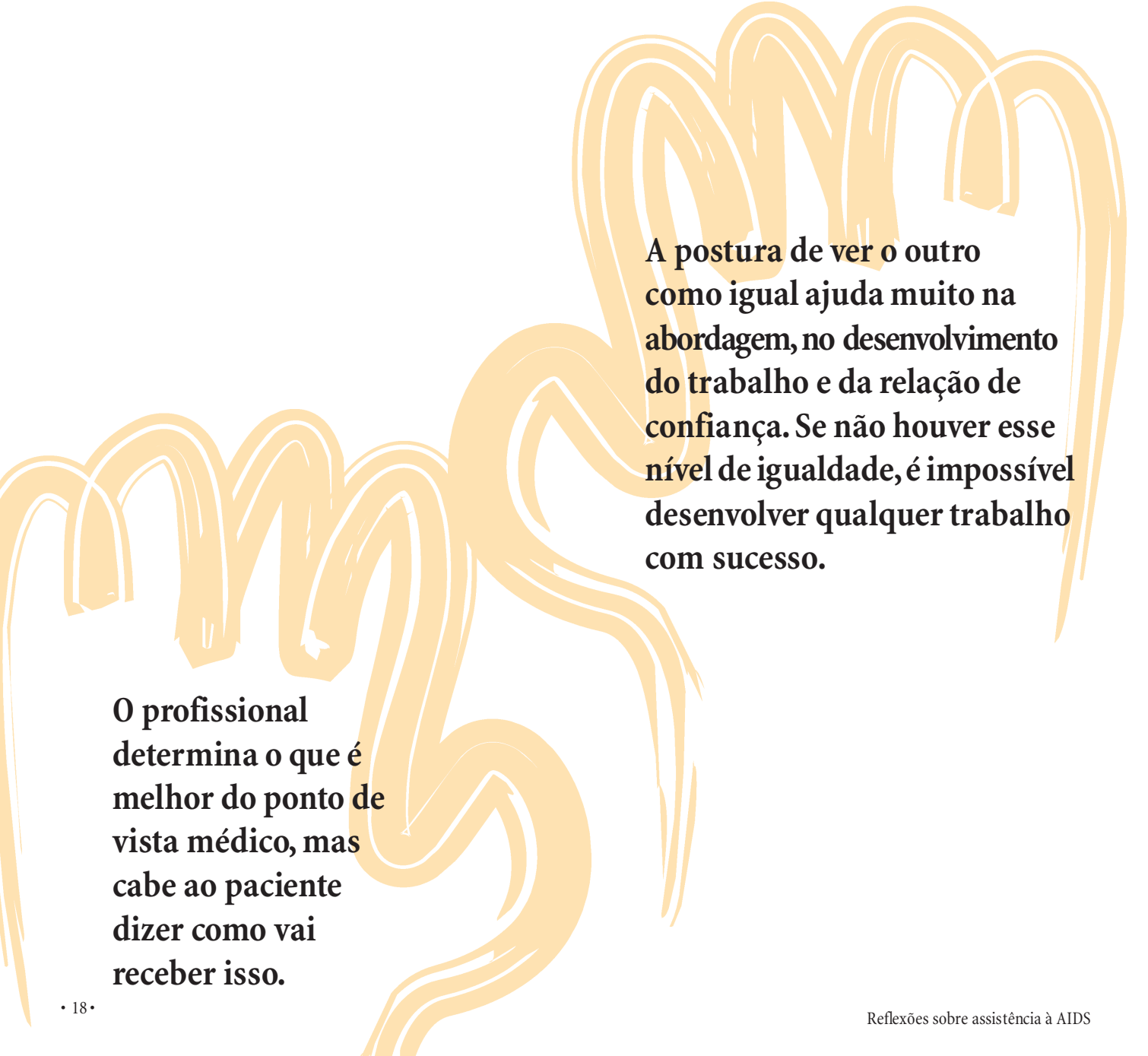
É lógico que o profissional médico detém o saber e ninguém discute isso, mas existe uma participação do paciente que é fundamental para que consigamos fazer um trabalho conjunto, de parceria. O profissional determina o que é melhor do ponto de vista médico, mas cabe ao paciente dizer como vai receber isso.

Na área da Psiquiatria, por exemplo, existe a prática de utilizar remédio durante algum tempo e depois retirar a medicação. Nessa hora, o médico pode achar que o paciente está ótimo, preparado para interromper o uso do remédio, mas essa decisão tem que ser conversada com ele para evitar insegurança, piora ou repetição da crise. Tudo deve ser feito em conjunto, da proposta de tratamento à retirada do medicamento.

O isolamento no consultório dificulta o trabalho do médico. Daí, o trabalho em equipe ser tão valorizado. Na Clínica, os desentendimentos e as dificuldades vão acontecendo, mas vamos superando tudo e crescendo juntos. O paciente é parte da equipe.

Existem momentos cruciais na relação médico-paciente. Um deles é quando o indivíduo pega o resultado positivo do exame de HIV e nos procura com todas as dificuldades para poder encarar aquela situação. Em função disso, a nossa equipe, por sugestão dos nossos pacientes, começou a fazer um trabalho de recepção em equipe. Esse trabalho consiste em receber as pessoas que chegam pela manhã e fazer uma pequena exposição sobre o que a clínica tem para oferecer. Sempre participam o

médico que vai acompanhar aquele grupo, um psiquiatra e a assistente social. Discutimos com elas a questão do preconceito e procuramos acolhê-las para que possam ter uma referência. Quando se trabalha em equipe, sendo o usuário um membro dela, certamente é possível construir um tratamento com mais qualidade.



A postura de ver o outro como igual ajuda muito na abordagem, no desenvolvimento do trabalho e da relação de confiança. Se não houver esse nível de igualdade, é impossível desenvolver qualquer trabalho com sucesso.

O profissional determina o que é melhor do ponto de vista médico, mas cabe ao paciente dizer como vai receber isso.

“Quando se fala na rede privada, hoje em dia estamos falando de seguro saúde. São poucos os profissionais que não trabalham com seguro saúde. O que vejo é que as pessoas que procuram o consultório querem privacidade. Essa privacidade não existe na rede pública. O paciente vai se reunir com o médico e outras pessoas vão vê-lo. Ele pode ser identificado.

O segundo fator que leva o paciente a procurar a rede privada é a questão do trabalho, a facilidade de marcar hora e não precisar sair durante o expediente. Mas, em compensação, o tempo para conversar com o médico fica mais reduzido, já que os profissionais que trabalham com seguro saúde têm uma clientela mais extensa e não podem destinar um período muito grande a cada um dos pacientes”.

Dirce Bonfim de Lima (HUPE/UERJ)

“Acho que na relação médico-paciente, o médico ainda não sabe que não é Deus e que, de fato, a rotina o qualifica ou desqualifica. Falo em desqualificação à medida que o médico vai colocando as coisas em categorias, transformando tudo em estatística.

Não fomos educados para pensar, porque desde o início pensar é trabalhar um conceito para aprendermos a pensar diferente. Nossos conceitos estão capturados, o preconceito é isso”.

Mirtha Ramirez (Banco de Horas/RJ)

UMA PRODUÇÃO SOCIAL

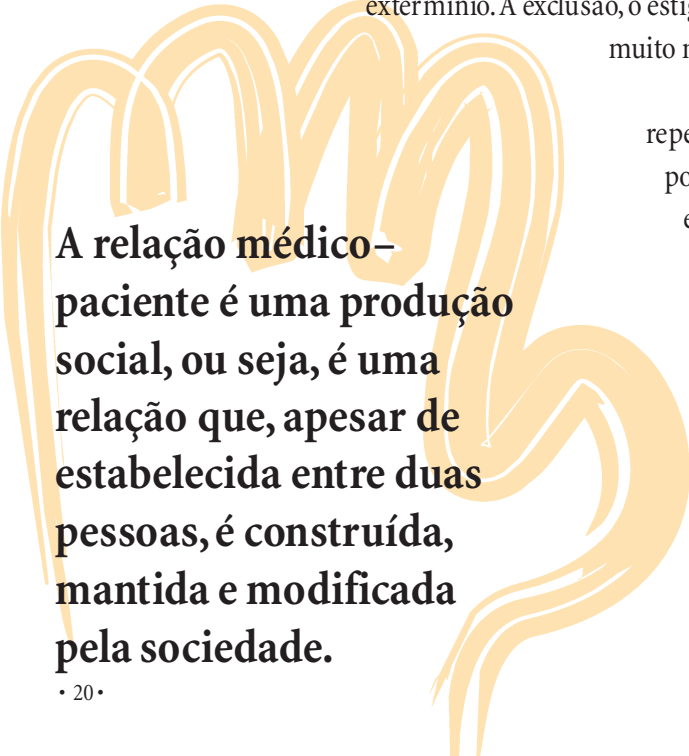
Para focar a relação médico-paciente, é necessário, primeiramente, definir seu contexto e produção. Essa relação é construída e estabelecida dentro de uma sociedade e seus códigos. Portanto, ela é uma produção social, como também são produções sociais a hierarquização e a estratificação dos papéis, como o “papel do médico” e o “papel do paciente”. Precisamos estar atentos para que essas produções dominantes não nos atinjam, criando e inventando novos modelos que possam intervir e agenciar novas produções.

A entrada de pacientes soropositivos em nossas clínicas privadas nos confrontou com o grande desafio de lidar com a questão do preconceito. Os pacientes soropositivos estão sob o impacto do que se pode chamar de “categoria de acusação”. Quando colocamos esse paciente nessa categoria, produzimos estereótipos. Quando produzimos estereótipos, estamos patologizando. Quando patologizamos, estamos desqualificando. Ao desqualificarmos, discriminamos e segregamos. Aqui se traça o caminho da exclusão, se estabelece o caminho do extermínio. A exclusão, o estigma, o não reconhecimento da existência, a invisibilidade matam muito mais que a AIDS.

A chegada desse paciente soropositivo na clínica privada exige repensar toda a nossa prática, até então. Quando um paciente HIV positivo chega ao consultório, seu estado é de desolação psíquica - estado além do desamparo -, o que ele demanda é a nossa ajuda por causa de um acontecimento: a soropositividade. Nessa situação de caos em que se encontra, tentamos criar ali, naquele espaço, novos modos de subjetivação, pensar, sentir e agir.

ESTRATÉGIAS DO ACONTECIMENTO

Com um paciente soropositivo não podemos sustentar fórmulas. Trabalhamos no acontecimento, nas estratégias do acontecimento. Repensamos os conceitos, mas não nos detemos nos mesmos, dado que têm pesos específicos



A relação médico-paciente é uma produção social, ou seja, é uma relação que, apesar de estabelecida entre duas pessoas, é construída, mantida e modificada pela sociedade.

em nossa subjetividade e nas coisas. Trabalhamos com o conceito que o paciente tem sobre si. Esse trabalho inclui também preceitos e efeitos. Quando trabalhamos conceitos, trabalhamos novas formas de pensar. Quando trabalhamos preceitos, trabalhamos novas formas de ver e agir. E quando trabalhamos afetos, trabalhamos uma nova forma de sentir. Trabalhar essas três noções leva à produção de novos processos de subjetivação.

A função do psicoterapeuta é sustentar, conter, trabalhar na subjetividade, tal como estiver, no sentido de produzir nova subjetividade. A ferramenta com que ele conta não se limita à palavra, inclui a empatia, o corpo e o toque. Aqui, o desafio é tentar fazer com que a pessoa saia do lugar de “contaminante”, daquele que foi marcado pela categoria de acusação, para potencializar vivências, ações e emoções, como parte desse novo processo. Trabalhar o presente, o acontecimento, nada de repetição, passado, resistência e recalque. Poder lidar com o intolerável, com o traumático, construindo e reconstruindo noções e redes de afetos, transformando sua maneira de se olhar, se sentir e se pensar.

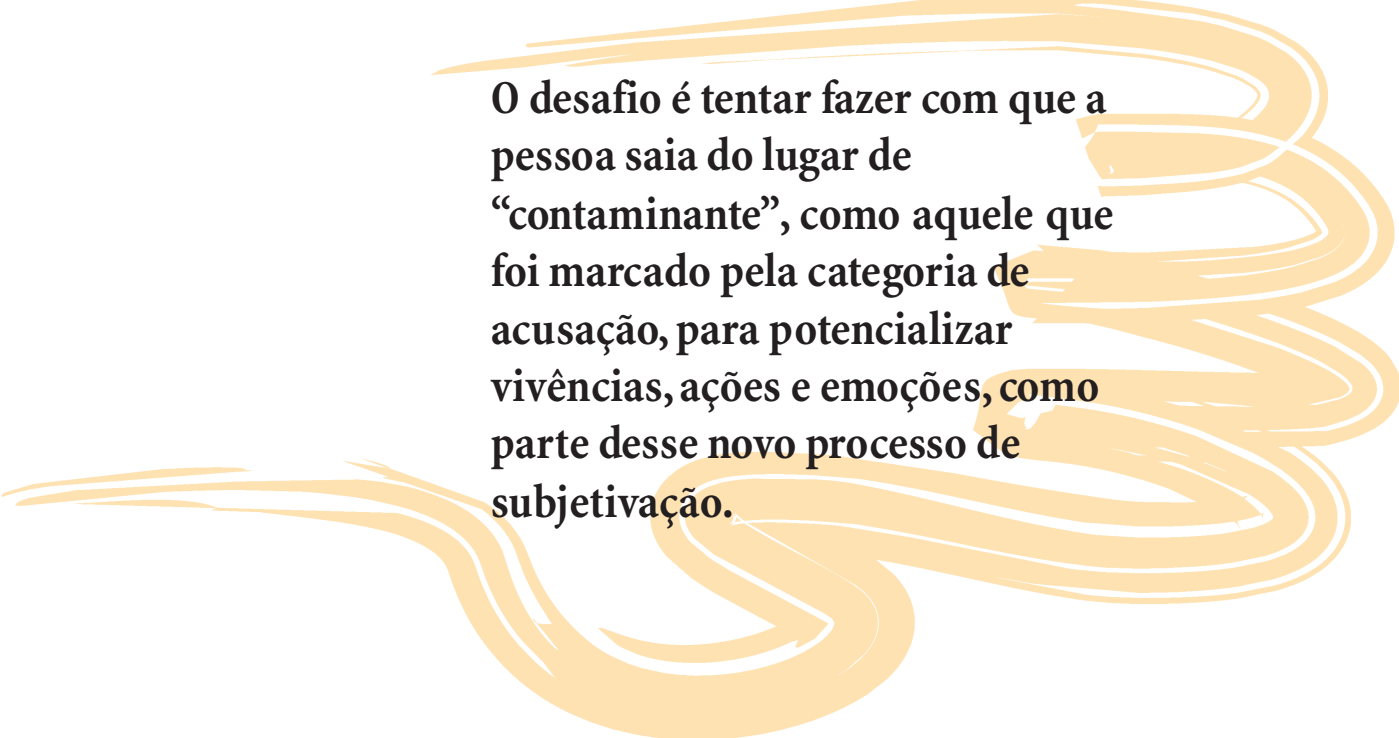
O terapeuta está implicado, não há neutralidade em sua prática. A relação terapêutica é inter-subjetiva. O terapeuta, por sua implicação, aprende e se transforma, junto com o paciente.

O psicoterapeuta lida com o intolerável, com o traumático, ele não é neutro. O que importa é como o paciente se sente. O profissional acha-se isolado na Clínica. Isso resulta da fragmentação provocada pelas especializações. Daí, a importância da interdisciplinaridade e da comunicação entre médicos, psicoterapeutas, psiquiatras, fisioterapeutas, nutricionistas etc. Trata-se de transversalizar as nossas práticas.

Quando produzimos estereótipos, estamos patologizando. Quando patologizamos, desqualificamos. Ao desqualificarmos, discriminamos. Ao discriminarmos, segregamos. A exclusão, o estigma, o não reconhecimento da existência, a invisibilidade, matam muito mais que a AIDS.

Quando trabalhamos conceitos, trabalhamos novas formas de pensar. Quando trabalhamos preceitos, trabalhamos novas formas de ver e agir. E quando trabalhamos afetos, trabalhamos uma nova forma de sentir.

Na Grécia Antiga, que é referência cultural para nós, o homem era visto como uma totalidade: arte, corpo, beleza, divindade, ética e estética faziam parte de um todo. A divisão corpo/alma é uma produção social que começa na Era Cristã. Devemos ter isso em conta para lutarmos e sairmos dessa fragmentação, evitando o desconforto que o paciente enfrenta por ser atendido a cada hora por um especialista diferente.



O desafio é tentar fazer com que a pessoa saia do lugar de “contaminante”, como aquele que foi marcado pela categoria de acusação, para potencializar vivências, ações e emoções, como parte desse novo processo de subjetivação.

“Quando me perguntam como é que podemos melhorar a relação médico-paciente, sempre digo que o melhor caminho é o ensino médico. Como sou professora, acho que vai melhorar se a gente trabalhar mais a relação médico-paciente desde quando o aluno entra para a faculdade.

Na nossa escola, existe o grupo da psicologia médica que já desenvolve esse tipo de trabalho. Muitas vezes, o aluno já chega com uma deformidade que não dá para resolver. Mas eu ainda acho que a educação médica, que é a educação continuada, é o meio que pode melhorar essa relação entre médico e paciente”.

Dirce Bonfim de Lima (HUPE/UERJ)

“Acho que a grande crise que vivemos não é só política, social e econômica, é do ser humano. Todo mundo quer levar vantagem. É a famosa ‘lei de Gerson’, que vai afastando as pessoas e gerando uma série de problemas. Essa desconfiança é permanente. As pessoas não se entregam numa relação afetiva bacana.

Eu não vejo alternativa se não tentar melhorar, em primeiro lugar, a questão da cidadania. Cobrar das autoridades e do médico o seu direito. É preciso melhorar as condições de lazer, de trabalho. Lá na clínica, tem um consultório que pega sol a tarde inteira e a médica vai andando com a cadeira e puxando a mesa de acordo com o movimento do sol. E nem por isso ela deixa de trabalhar”.

Leonardo Maia (PAM 13 Maio/RJ)