



A relação médico paciente enquanto fenómeno de comunicação

Fernando Barone

Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich, Lisboa.

Resumo

A relação médico-paciente (RMP), do ponto de vista da Teoria da Comunicação, pode ser apresentada a partir de três grandes modelos: positivista, sistémico e construtivista. Nesta pesquisa bibliográfica, tenta-se demonstrar que a representação da RMP pode ganhar qualidade se caminhar em direcção aos modelos mais complexos

Palavras-chave: Relação médico-paciente; Teoria da comunicação; Pediatria, Modelos de comunicação; Educação médica.

Acta Pediatr Port 2009;40(5):237-41

Doctor-patient relationship as a phenomenon of communication

Abstract

According to the Communication Theory the Doctor-Patient Relationship (DPR) can be more accurately described using the three most important models ie: the positivist, the systemic and the constructivist. The aim of this article is to highlight that the quality of the DPR can be improved using the complex models.

Key words: Doctor, Doctor-Patient Relationship; Communication Theory; Paediatrics; Communication models; Medical education.

Acta Pediatr Port 2009;40(5):237-41

Introdução

É senso comum entre médicos e agentes de saúde em geral que sem atenção ao paciente não se chega a grandes resultados. A noção de *atenção*¹, originária do campo da Filosofia, é um conceito fundamental para abordarmos inicialmente o problema da relação entre médico e paciente. A atenção ao mundo e a si próprio é tudo aquilo que confronta uma aceitação inconsciente de hábitos e atitudes tidos por naturais. Ter *atenção*, neste sentido, não significa apenas discernir objecti-

vamente algo ou alguém alvo do nosso interesse. Estar atento significa alimentar a dúvida e a curiosidade a um só tempo. A *atenção* representa, por assim dizer, um *atentado* contínuo aos automatismos ou aos hábitos arraigados, muitas vezes, confundidos com a eficácia, outras vezes com os procedimentos científicos.

Quando buscamos informações sobre o real, e o possível, da relação médico paciente na literatura especializada^{2 3 4}, normalmente deparamo-nos com a presença interdisciplinar discreta das áreas clínica, psicológica, antropológica e sociológica. A contribuição prestada pela chamada área das Ciências da Comunicação surge com menor intensidade embora, na última década, o número de artigos com esta marca tenha crescido notavelmente.

O próprio conceito de comunicação, para além da sua polissemia nata, presta-se a alguma ambiguidade quando, por um lado, assinala o sonho da compreensão mútua entre os homens e o conhecimento do mundo (comunicação). Por outro lado, designa os feixes de sinais comunicativos de qualquer natureza (comunicações) que, para além do desejo dos homens, constroem a realidade, a própria dificuldade de comunicar, sedimentam o poder, alteram contextos, reproduzem modelos mas também os tornam obsoletos.

Neste pequeno texto, trazemos algumas formas de abordar a relação médico paciente baseadas no modo como a Comunicação, enquanto disciplina teórica, descreveu e interpretou a interacção humana nos ambientes onde esta se desenvolve e se transforma. Não nos movem intenções prescritivas que possam ser acatadas pelos agentes de saúde, mas sim a busca de um conjunto de elementos que lhes permita identificar os factores e a complexidade deste encontro, ao mesmo tempo fortuito e determinado, entre médico e paciente, sobretudo na sua expressão pediatria-criança/jovem e pais ou seus representantes.

Nesta medida, os temas da relação médico paciente (RMP), e da especialidade pediátrica – marcados pela tríade médico/família/criança – surgirão iluminados pelos conceitos sistémicos de saúde, família, pares, *media* e novos *media*, autoconhecimento, além de conceitos específicos do campo da comunicação.

Correspondência:

Fernando Barone
fbaron@eseimu.pt

No plano específico da Comunicação surgem os conceitos de *modelos de comunicação positivistas*⁵, voltados para a pretensa objectividade das relações comunicativas; os *modelos de comunicação sistémicos*, implicando a consciência possível dos interlocutores acerca da interacção comunicativa; e, ainda, os *modelos construtivistas* que poderemos associar ao conceito de *improbabilidade da comunicação*. Neste último, consideraremos as diferenças entre os vários sentidos originados das várias lógicas em causa: a do médico como factor do sistema de saúde; a do médico como pessoa; a do paciente jovem/criança como lugar de doença; a da família como contexto e intermediário natural entre médico e paciente; a da criança e jovem como pessoa e membro de grupos em sociedade, e assim por diante. Por sua vez, estas diferenças poderão explicar os automatismos e dificuldades de comunicação no plano da RMP.

Para abrir um leque de representações do nosso objecto vamos utilizar os três conceitos anteriores valendo-nos eventualmente dos exemplos enunciados a seguir:

Certo dia, a mãe de uma paciente de 15 anos decide solicitar a mudança do seu médico de família e, no seu Centro de Saúde em Lisboa, alega à funcionária administrativa que, apesar de já ter falado ao médico, a filha insiste em queixar-se de que o médico a trata como se tivesse 5 anos. A encarregada diz que a mudança não é possível dado o número restrito de médicos no Centro. A mãe responde que prefere que a filha perca o direito a ter um médico de família, e uma certa rapidez de atendimento, mas ganhar o acesso, ainda que incerto, a outros médicos com os quais possa ter maior empatia e melhores cuidados. A encarregada muda o regime da jovem paciente e esta passa para o regime comum. A partir daí ela passa a ter consultas com outro médico, pelo qual espera mais tempo. A mãe considera a troca vantajosa já que o novo médico interage mais, aceita opiniões da paciente e promove um clima cordial no relacionamento. Todavia, esta mãe conhece uma paciente já idosa do primeiro médico, na sala de espera, da qual ouve que há muitos anos se sente apoiada por ele e muito contente com a sua prestação. Jamais pensaria em substituí-lo.

Um segundo exemplo contempla o périplo de um paciente pré adolescente de 12 anos com um quadro clínico de doença oncológica grave. Ora está em casa, ora está no Hospital em regime de internamento, ora está na escola. As informações que recebe e fornece passam por estas instâncias além de passarem também pelo grupo de pares (colegas e amigos). Além destes últimos, o jovem convive com médicos, enfermeiros, auxiliares e, eventualmente, educadores a cumprirem papel de encarregados de ATL (Ateliê de Tempos Livres). A relação com este ou aquele médico, em especial, variará de acordo com as práticas de cada um, sobretudo se considerarmos que a atitude clínica adequada depende do investimento no plano interactivo e na mútua compreensão.

Comunicação interpessoal e RMP: representações clássicas de modo de comunicar

No plano dos modelos comunicativos ditos *positivistas* podemos compreender as razões do médico e do paciente na pers-

pectiva de um emissor que envia mensagens a um receptor no sentido simplista de uma mensagem passada através de um código linguístico e de um canal. A mensagem pode sofrer distorções (ruídos) no processo de emissão e é descodificada pelo receptor que, quase imediatamente gera um *feed back* ou resposta ao emissor. Esta representação do acto comunicativo pressupõe uma certa objectividade acerca do que se fala por parte dos interlocutores. Este modelo reduz a realidade comunicativa a apenas alguns factores e deixa de lado o passado, a origem dos problemas, os afectos, a cultura e os contextos que envolvem médico, criança e família. É um modelo que reforça aparências e intenções, acabando por não focar a realidade mais profunda marcada por bloqueios, sentimentos contraditórios e dúvidas por parte dos agentes em interacção. Neste modelo, fica reforçado o tratamento da doença como se esta não dependesse das relações múltiplas de cada doente, ou mesmo do contexto de vida e trabalho do próprio médico.

Nesta perspectiva, bastaria o médico estar voltado em termos clínicos para a doença, controlar os equívocos mais óbvios na RMP, informar o paciente com objectividade para “tudo estar bem encaminhado”.

Se retomarmos nossos exemplos, a mãe da primeira paciente dialoga com a funcionária do Centro de Saúde e comunica a dificuldade de ela ser compreendida pelo seu médico; a funcionária envia resposta à mãe (*feed back*); a mãe percebe que o médico não corresponde às suas necessidades quanto aos sintomas e anseios de saúde da filha; o pré adolescente do segundo exemplo envia sinais de estado e sensações ao médico e este, através de descodificação e interpretação dos sinais do paciente (mensagem oral, exame diagnóstico, etc.) elabora um prognóstico.

Apesar de esta forma de representação simplificar em demasia as condições e factores geradores do encontro RMP – hoje, boa parte da literatura especializada demonstra modelos mais complexos e correctos de descrever o fenómeno – ela acaba por ser um instrumento quotidiano de adaptação aos sistemas de saúde e à vida moderna. A propósito, lembramos que a partir dos anos 30 e 40, no século passado, com a descoberta das sulfamidas e da penicilina, têm lugar grandes transformações nas práticas e formação dos médicos^{6,7}. As inovações nos campos da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética contribuem para o desenvolvimento de um modelo biomédico centrado na doença e fazem diminuir o interesse pela subjectividade e história de vida do paciente/família⁸. Este contexto corresponde também a modos de comunicação que reforçam a solidão urbana, a burocratização genérica dos serviços de saúde e enfraquecem a solidariedade colectiva dificultando laços intersubjectivos mais profundos.

Metacomunicação, saúde e patologias da comunicação

Na perspectiva teórica da chamada Sociologia Americana (Interaccionismo Simbólico de George Mead e Escola de Palo Alto)⁹, o modelo anteriormente descrito surge como insuficiente para representar os processos comunicativos em escala interpessoal e de grupos. Neste plano penetramos nos chamados *modelos sistémicos* de comunicação.

Para os investigadores destas correntes o acto de comunicar não é apenas resultado de um desejo consciente em fazê-lo, mas fruto também de automatismos vários, podendo apresentar-se como pulsão inconsciente ou mecanismo sistémico de reprodução de práticas rituais ou institucionais. Para a Escola de Palo Alto¹⁰, o próprio processo comunicativo determina a realidade pois para além do que um indivíduo quer dizer ao outro, há que se considerar o que ele não quer dizer mas “acaba por fazê-lo” através de linguagem não verbal, ou mesmo dizer algo diverso, mas plausível, aos olhos do interlocutor.

No caso do pré adolescente do nosso exemplo, o médico, face a um diagnóstico clínico pejorativo, poderá exibir o que os teóricos acima designaram o *double bind* (duplo constrangimento). O duplo constrangimento é um fenómeno de comunicação em que o interlocutor hierarquicamente privilegiado (o médico) enuncia, no plano verbal (manifesto), uma mensagem pretensamente compreensiva e positiva, e no plano não verbal (profundo), o seu contrário. É um paradoxo que pode gerar no paciente um sentimento de auto desprezo ou fragilidade dificultando o processo relacionado com o tratamento. Com efeitos menos graves, mas ainda graves, o *double bind* pode ser exercido sobre os pais da criança e do jovem causando incidentes ou conflitos comunicativos.

Há também que considerar o que é criado no acto imediato da comunicação como informação nova e o que é gerado a partir da história de vida de cada interlocutor.

No exemplo a seguir, antológico para a Escola de Palo Alto, a construção da realidade, faz-se a partir da própria comunicação e é gerada pela incapacidade do sujeito em discernir o real significado daquilo que o interlocutor transmite:

- um doente próximo da morte, num hospital austríaco, é informado pela equipa clínica que o trata, de que os médicos não têm tido sucesso pelas dificuldades no diagnóstico; no entanto, um célebre professor de medicina foi convidado para determinar a natureza do seu mal; dias mais tarde o médico convidado pronuncia diante do doente, e da equipa, a expressão “moribundus”.

Alguns anos mais tarde o referido paciente contacta o professor e diz-lhe: - *Há tempos queria agradecer-lhe por haver identificado a minha doença; quando o senhor doutor disse “moribundus” fiquei a saber que eu tinha cura.* A fonte desta história conclui pela vantagem que às vezes temos em desconhecer o latim.

No plano da chamada *análise transaccional*, de Eric Berne¹¹, há que considerar três níveis de mensagens onde os interlocutores assumem basicamente três modalidades de posições entrecruzadas: a orientação paternal (normativa); a orientação racional (adulta) e a orientação emotiva (infantil) independentemente de o paciente ser criança, jovem ou adulto. Potencialmente, até agora, o médico assumiria a orientação paternal na espera de que o paciente cumprisse as normas aceitando, de forma afectiva e infantil, as *orientações médicas*. A relação adulta ou informativa surge como factor de equilíbrio de parte a parte e implica uma abertura em que os papéis de médico e paciente recusam o padrão *paternal* do médico ou a “birra

infantil” do paciente. No caso do nosso exemplo do Centro de Saúde, o velho médico parece assumir tal paternalismo e a paciente opta por recusar o diálogo adulto em nome de uma nova relação onde seja tratada como adulta. Para tanto, devido, à pouca idade ou segurança, a mãe surge como intermediária e sua cúmplice na relação. Por outro lado, a paciente idosa citada no final do exemplo, presumivelmente, aceita a relação estabelecida, assumindo o *eu criança* na relação médico-paciente. Da mesma forma, o encontro do médico-oncologista com o jovem paciente aponta para uma relação resiliente se, ao médico, couber o convite à relação racional e adulta face ao adolescente. Destas experiências podemos retirar que o paciente infantil ou juvenil tem potencialmente as mesmas, ou até melhores, condições para o diálogo esclarecedor e potenciador do auto conhecimento para si, mas também para o médico, ao redor do processo diagnóstico.

Dentre os modelos sistémicos lembra-se também a teoria de Erving Goffman¹², autor de um texto denominado *A apresentação do eu na vida de todos os dias*, que atribui aos sujeitos em interacção uma espécie de desempenho dramático no plano do quotidiano. Para este autor, o desempenho comunicativo dos indivíduos, no dia-a-dia, pressupõe a encenação de pequenos papéis incluindo frases de efeito e desempenhos gestuais (não verbais). Trata-se, na verdade, de comportamentos semelhantes aos encenados no Teatro. É uma perspectiva que considera a existência de máscaras, enredos, pequenas artimanhas nas relações interpessoais, nomeadamente na RMP. Um exemplo seria o argumento de que alguns pacientes, que procuram os Centros de Saúde, representam ou encenam uma doença mais ou menos imaginária para poderem estar acompanhados e se sentirem menos solitários. No plano pediátrico, podemos pensar que algumas recusas e dificuldades em cumprir, ou compreender, as ordens médicas, por parte de jovens e famílias, fazem parte deste processo de representação. Estas maneiras de agir demonstram a resistência às mudanças de comportamentos sugeridas pelos médicos.

Os modelos sistémicos abrem-se para a chamada metacomunicação, conceito que designa a compreensão da comunicação, não a partir dos conteúdos das mensagens entre os interlocutores mas sim a partir da forma como estas são trocadas, partilhadas ou recusadas. Nesta linha, um jovem pode estar a dar sucessivas respostas de assentimento aos conselhos e prescrições médicas apenas como forma de acatamento aparente. Os pais podem também escutar de modo selectivo o que o médico propõe como actuação global e correcta. A metacomunicação é o processo que tenta revelar como a comunicação, ou a não comunicação, se desenvolve no âmbito das interacções humanas.

Na RMP ambos os interlocutores poderão ver a doença e o sofrimento do paciente como factores derivados da própria relação comunicativa. Assim, a atenção à relação de comunicação, ela mesma, poderá trazer ao médico instrumentos e energias para ultrapassar bloqueios e dificuldades de compreensão e intervenção.

Por outro lado, estes modelos sistémicos tradicionais de comunicação, acima descritos, apesar de possibilitarem uma maior abertura para representar o aparente e o profundo na

relação de comunicação, pecam pela simplificação desta relação. Isto ocorre pois estes modelos não consideram, de modo complexo, os múltiplos contextos e sistemas distintos nos quais se inserem médicos e pacientes. A consciência desta dificuldade, que é a dificuldade essencial da comunicação, é o ponto de partida do tipo de modelo que veremos a seguir.

A improbabilidade da comunicação como ponto de partida para a compreensão da relação médico paciente

Os *modelos construtivistas* de comunicação evocam os sentidos latentes que transitam de sistemas para sistemas, de indivíduos para indivíduos e de indivíduos para sistemas. Rompem com os modelos sistémicos tradicionais na medida em que supõem maior complexidade inter-relacional entre estes elementos e ultrapassam a relação bipolar entre dois interlocutores ou grupos.

Entre as novas teorias da comunicação, a teoria de Niklas Luhmann¹³, propondo-se crítica às teorias sistémicas tradicionais, introduz a noção de diferença entre sistema e ambiente e rechaça a ideia de que os indivíduos estejam no centro dos sistemas, sejam estes políticos, económicos, jurídicos, de saúde e tantos outros. Os próprios indivíduos constituem sistemas intra-psíquicos e dependerão de um jogo complexo entre o seu estado e o ambiente externo constituído por todos os outros sistemas em interacção.

Um dos conceitos fundamentais no pensamento de Niklas Luhmann é a improbabilidade da comunicação tomada como sinónimo de compreensão ou entendimento. Esta improbabilidade dá-se por 3 razões principais:

a) a dificuldade do entendimento profundo do outro (*alter*) visto o isolamento do si mesmo (*ego*) num contexto tendente ao complexo e ao inóspito; b) a improbabilidade de os resultados da comunicação chegarem a outros receptores não presentes no acto de troca original; c) o conteúdo selectivo da comunicação dificilmente ser incorporado pelo receptor. No caso específico da relação entre o pediatra e o paciente criança/jovem/pais estas dificuldades exprimem-se muito através das distâncias que a modernidade ocidental opera entre o mundo da infância, o mundo jovem e o mundo adulto, numa lógica discriminatória que enuncia positivamente a diferença entre o *nós* e os *outros*.

Numa representação bastante redutora pode dizer-se que o *sistema médico* nesta teoria se compõe de um código binário com os conceitos *doente* e *saudável*; de um programa, constituído pelo *juramento hipocrático*; de um “*médium*” representado pelo *tratamento e cura* e de uma função, a *assistência à saúde*. Esta estrutura tende a reduzir a complexidade dos ambientes (elementos que constituem o que está fora do sistema em causa). É também um processo que reduz a pretensa humanidade natural do acto de tratar um doente já que a sua eficácia segue uma lógica que prescinde propriamente da compreensão comunicativa. Por outras palavras, o sistema despoleta comunicações (forças e orientações) sob a forma de pressões que ganham autonomia diante do “sofrimento do outro”.

A consciência destas dinâmicas pelos agentes de saúde, mas também pelos pacientes, parece auxiliar na produção de observações (reflexões) e contradições (irritações) que poderão elevar o grau de consciência do agente de saúde em geral.

Diante destes dados podemos assinalar um conjunto de factores activos envolvidos directa ou indirectamente, na constituição do fenómeno RMP: o sistema de Saúde, suas possibilidades e limitações; o sistema intra-psíquico dos pacientes, suas aspirações gerais e específicas quanto ao que entendem por “seu estado de saúde”; o sistema intra-psíquico do médico; o sistema de ensino - aprendizagem em que se formou o médico em questão; o sistema de ensino que incutiu, mais ou menos, práticas de cidadania entre aqueles que são, hoje, médicos e pacientes; o sistema de pares que envolve médico e colegas; o sistema de pares que envolve o paciente e seus amigos ou confidentes; o sistema de família e étnico que repassa valores e hábitos culturais específicos entre os seus membros; e vários outros. Muito importante se torna neste processo, e no nosso caso, o grupo identitário dos pares crianças e jovens, entre si, e o jogo complexo entre o sistema de saúde e a exterioridade deste: entre outros, o sistema de pares (principalmente para os jovens) e o sistema família (principalmente para crianças), que acabam por constituir uma independência efectiva (diferença sistema -meio) em relação aos outros sistemas, sobretudo o da saúde.

Note-se também que o sistema público e privado de informações (internet e comunicação social) gera conhecimentos que podem elevar o estatuto do paciente a quase especialista do *seu mal*. Neste ponto, lembramos um caso de uma criança com uma síndrome rara englobando defeito congénito da caixa craniana, o qual foi precocemente acompanhada pelo médico a partir de consultas diferenciadas ou conjuntas envolvendo pais, paciente criança. Os pais, e mais tarde, a própria paciente, puderam, com mais ou menos intensidade, participar de grupos e sites específicos na internet voltados para os planos do diagnóstico, do prognóstico e do conforto psicológico dos doentes e família.

Estas diferenças entre os sistemas e os ambientes apontam novas maneiras de representar a RMP e abrem perspectivas inéditas de revisão dos processos de educação médico neste quesito, as quais não poderão, no entanto, ser desligadas das implicações éticas.

Conclusão

Durante esta pequena exposição tivemos, desde o início, a preocupação de não reduzir a RMP a um jogo comunicativo unicamente determinado por duas partes em relação. Desta forma, a complexidade foi apresentada como factor essencial para a compreensão do fenómeno. Quando terminávamos este artigo e o comentávamos num grupo de amigos, alguém relatou o caso de uma professora, de uma conhecida universidade portuguesa, que aguardava exames do foro oncológico da filha pré-adolescente, que foi informada, através de telefone, em tom seco e burocrático, que os resultados apontavam para prognóstico reservado. Soubemos também que, imediatamente, solicitou o apoio de uma amiga enfermeira no sentido de atenuar

afectivamente o choque da revelação sem mascarar o real estado de saúde da jovem. Independentemente de o exemplo representar um acto isolado ou um procedimento de rotina, poderá sempre ser lido de forma simples ou complexa. Defendemos a forma complexa. Seja como for, a realidade da qual falamos nunca ultrapassará o sentido do *sofrimento humano* como o mais concreto objecto da acção médica e da saúde.

Os indicadores de produtividade atrelados aos serviços hospitalares determinam o tempo dedicado a cada paciente e, nalgumas instituições de saúde, não oferecem um mínimo de condições para que a análise mais completa da criança e do jovem possa superar a ideologia de que o doente é o lugar da doença e não uma pessoa em sofrimento. Tal facto, todavia, não justifica este comportamento do agente de saúde no plano mais amplo da sua tarefa.

Por outro lado, não podemos ignorar que a RMP é *esse campo de diálogo que é, ao mesmo tempo, o campo do diagnóstico*¹⁴. Chegamos a um ponto em que devemos pensar a possibilidade de o médico, sem perder sua função de realizar o diagnóstico da forma mais correcta e humana possível, possa fazê-lo iluminado pela ideia de que os contextos que envolvem a sua acção, e as acções do paciente e intermediários, devem sofrer a sua análise criteriosa e constante como profissional e cidadão.

Referências

1. Bergson H. *La pensée et le mouvant*. Paris: Presses Universitaires de France; 1969.
2. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface* 2007; 23: 11-15.
3. Silber T. Aspectos éticos da relação medico-paciente adolescente. *Adolesc Latinoam* 2002; 2:2.
4. Silva P. A comunicação na prática médica. Seu papel como componente terapêutico. *Rev Port. Clín Ger* 2008; 24, 505-1.
5. Muchielli A. Les modèles de la communication. In: Cabin, P *La communication; état des savoirs*. Auxerre : Sciences Humaines Éditions; 1998.
6. Shorter E. *Doctors and their patients. A social history*. New Brunswick : Transaction; 1999.
7. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica medico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cienc & Saúde Colet* 2004; 1: 34-5
8. Baylon C, Mignot X. Langue et communication médicales. In: — *La communication*. Paris: Nathan; 1994.
9. Littlejohn SW. *Theories of human communication*. 7th ed, Belmont, CA: Wadsworth; 2002.
10. Barone F. Comunicação da memória em sociedade. *Trajectos Rev Comunic Cult Educ* 2003; 2: 45-53.
11. Berne, E *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press ; 1961.
12. Goffman E. *The presentation of self in everyday life*, Garden City, NY, Doubleday; 1959. (trad. port. : *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa, Relógio d'Água; 1993.
13. Luhmann, N. *A improbabilidade da comunicação*. Lisboa: Vega; 1992.
14. Eksterman A. Relação médico-paciente na observação clínica. *XV Congresso Panamericano de Gastroenterologia, Actas*. Rio de Janeiro; 1977.