

A RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA SITUAÇÃO DE ENVELHECIMENTO

Dra. Berenice Carpigiani



Introdução

○ ser humano:

"...é uma amostra-no-tempo da natureza humana. A pessoa total é física, se vista de certo ângulo, ou psicológica, se vista de outro. Existem o soma e a psique. Existe também um inter-relacionamento de complexidade crescente entre uma e outra, e uma organização deste relacionamento proveniente daquilo que chamamos mente... A saúde física requer uma hereditariedade (nature) e uma criação (nurture) suficientemente boas. Na saúde o corpo funciona de acordo

com a faixa etária adequada... Gradualmente a criança se transforma no homem ou mulher, nem cedo nem tarde demais. A meia idade chega na época certa, com outras mudanças igualmente adequadas e, finalmente a velhice vem desacelerar os vários funcionamentos até que a morte natural surge como a derradeira marca da saúde." WINNICOTT (1990 p. 29,30).

Erik Erikson, importante teórico da psicanálise, deteve-se na compreensão do mundo psíquico em todas as idades e contemplou os processos emocionais do vividos no período de

envelhecimento. Ele mesmo viveu lucidamente até os noventa e quatro anos e, portanto teve oportunidade de discutir e de vivenciar experiências próprias das limitações e inquietações dos últimos anos do ciclo vital.

Na sua formulação da teoria do desenvolvimento emocional, Erikson dividiu as etapas do desenvolvimento em nove idades, sendo que a nona idade, formulada mais tardiamente na sua produção foi principalmente conceituada no livro "O ciclo de vida completo" lançado pela Artmed em 1998. Este material foi organizado e ampliado por sua esposa, após sua morte.

Segundo Joan Erikson, a palavra utilizada para definir esta idade é "transcendência":

"Segundo o dicionário transcender significa simplesmente 'erguer-se acima ou ir além de um limite, exceder, superar' e também, 'ir além do universo e do tempo' Os historiadores de épocas anteriores apresentam evidências de como, no Oriente, os velhos eram muito respeitados por uma longa vida de serviço e de bom julgamento. Os anciãos sábios eram aplaudidos por deixar a azáfama da vida da comunidade, retirando-se para as montanhas e locais remotos para acabar de viver suas vidas. Embora o recolhimento possa ter sido solitário, ele não terminava com o auto respeito, e muitos eram alimentados e cuidados adequadamente por muitos anos de retiro (...) talvez os realmente velhos só encontrem um lugar seguro para refletir sobre seu estado de espírito na privacidade e no isolamento. Afinal de contas, de que outra maneira podemos encontrar paz e aceitação das mudanças que o tempo impõe ao corpo e à mente? A corrida e a competição estão terminadas; libertar-se da pressa e da tensão é obrigatório na velhice. Alguns aprendem isso cedo, e outros, tarde demais." (ERIKSON, 1998, p.104).

Uma das tarefas desta idade é a revisão da identidade temporal. Isto aponta para o árdua movimento de recuperar habilidades e enfrentar do medo da proximidade da morte, através da retrospectiva sobre a vida.

Ainda segunda a autora:

"A velhice, depois dos oitenta, noventa anos, traz consigo novas exigências, reavaliações e dificuldades diárias ... mesmo os corpos mais cuidados começam a enfraquecer e não funcionam como antes. Apesar de todos os esforços para manter a

força e o controle, o corpo continua a perder sua autonomia ... na medida em que a independência e o controle são desafiados, a auto estima e a confiança enfraquecem." (ERIKSON, 1998)

Envelhecer é um processo integrado. Corpo. Psíquico. Possibilidades sociais apoiadas na cultura, portanto, os profissionais da área da saúde que se ocupam deste momento do desenvolvimento humano necessitam conhecer não só as necessidades mas também as formas de se comunicar com pessoas neste período do desenvolvimento.

O médico e o paciente idoso

A busca da qualidade de vida na atualidade é uma necessidade real que vem sendo estudada na área da saúde e em diferentes campos de conhecimento e vem conquistando expressão na rica intersecção da interdisciplinaridade. As pesquisas em Comunicação social têm participado com vigor desta preocupação científica, o que se verifica através do desenvolvimento de diferentes estudos como, por exemplo, os que envolvem a relação saúde-mídia, saúde nos processos de comunicação intra e inter grupos, saúde e comunicação no contexto do trabalho, saúde e comunicação institucional e comunitária, entre outros, o que tem justificado a linha de pesquisa comunicação e saúde na qual esta pesquisa se insere. Dentro desta linha, o processo comunicacional que se estabelece entre o médico e seu paciente, também é um foco de interesse de estudos que vem vagarosamente se delineando.

Envelhecer bem está apoiado na construção saudável do mundo psíquico desde a infância inicial e na nutrição ambiental onde a pessoa se desenvolve.

A comunicação médico - paciente é de interesse científico por envolver uma dinâmica de relações comunicacionais interpessoais muito particulares, dentro de um contexto também bastante particularizado, como por exemplo o contexto da consulta, especificamente aquela realizada em consultório. Esta modalidade de comunicação ganha vitalidade própria, pois dela participam conhecimento técnico e tecnológico, postura ética, flexibilidade de intercâmbio entre diferentes repertórios e regras que instituem o atendimento médico dentro dos sistemas de saúde privados.

Médico e paciente partilham conhecimento, dúvidas, encontro com a cura e com a dor, com as angústias próprias dos momentos de decisão, com a impotência diante da finitude da vida. São informações nem sempre do domínio da inteligência e do conhecimento, mas que participam das vicissitudes da comunicação e emolduram a relação. Há muito o médico já não está imbuído, concretamente, do papel de sacerdote ou de xamã. A tecnologia, o aumento populacional, as diferentes formas de administração político-institucional da doença, da profissão do médico e do doente impuseram a este profissional a necessidade de novas alternativas de escuta, de se fazer entender, de responder à rapidez das descobertas tecnológicas e da demanda, inclusive de caráter social. A comunicação entre ele e seu paciente vem sendo revista ao longo dos séculos e tem ganhado nova configuração nos dias atuais necessitando, por isso também, de atualização de sua compreensão e de novas reflexões.

O paciente também mudou. Há muito ele vem se colocando de forma mais ativa, em função da possibilidade de acesso às informações a respeito de pesquisas sobre seus sintomas, procedimentos de tratamento e novos medicamentos. A divulgação

destas informações e a acessibilidade a elas são fortalecidos pelas diferentes formas de mídias disponíveis na atualidade.

Estas novas modalidades de triangulações relacionais e comunicacionais tiraram o médico de seu papel linear e de uma relação biunívoca com seu paciente forçando a criação de novas formas de comunicação e relação assim como novas alternativas para o estabelecimento dos vínculos e alianças terapêuticas necessárias para um bom atendimento médico. Tem sido necessário: Verificar quais técnicas e procedimentos de comunicação o médico desenvolve nas situações de consulta, comunicação de diagnóstico e planejamento de tratamento e como as percebe. Verificar como tem percebido seu paciente no trânsito comunicacional da consulta. Verificar se a tecnologia atual, por ex: Internet como meio comunicação atual, tem influenciado a forma de comunicação e relação entre o médico e seu paciente. Verificar se o médico estudou técnicas e procedimentos de comunicação médico-paciente durante sua formação.

Para tanto é preciso conhecer a evolução do papel do médico ao longo dos séculos e nas diferentes civilizações, destacando as características deste desenvolvimento no Brasil. Discutiu o desenvolvimento do termo saúde tecendo a reconstrução histórica deste conceito e apontando sua vinculação aos sistemas econômicos e políticos que o sustentam.

O médico a psicologia comunicacional

A Psicologia forneceu a compreensão dos aspectos racionais e inconscientes que nutrem a relação médico-paciente, na situação de consulta, especialmente nos procedimentos de levantamento de sintomatologia, co-

municação de diagnóstico, orientação para tratamento e situações nas quais se torna necessário comunicar diagnósticos com maus prognósticos, pois, todas estas experiências comunicacionais envolvem, para além das palavras e dos gestos, os sentimentos vividos pelo paciente e pelo médico, vivências estas que imprimem, muitas vezes sutilmente, as características da comunicação que se estabelece entre ambos. Neste sentido a teoria psicanalítica foi importante referencial.

Dos teóricos da comunicação foram resgatados conceitos sobre as vicissitudes e as patologias da comunicação, sobretudo dentro da interface comunicação e saúde.

No universo psicológico do paciente, um dos pólos da comunicação médico-paciente, a vivência tende a ser de desvantagem. Ele pode vir para a consulta porque está doente e com dor, ou para tirar uma dúvida, ou para um retorno de rotina, mas ele vem expectante. Não importa a qualidade de suas habilidades em se comunicar, ele precisa tempo para organizar sua fala (queixas, explicações, históricos) de tal maneira a facilitar a compreensão de seu estado para um receptor (médico) desconhecido, mas em quem investe esperanças.

A fim de que se processe de forma competente e humana, a comunicação médico-paciente se caracteriza como um interjogo dentro do qual diferentes habilidades se entrelaçam. Afeto, cognição, aprendizagem e cultura transitam pelo campo de intersecção que congrega dúvidas, alívio, esperanças, inseguranças, sentimentos que antecedem a perspectiva da cura, da dor ou da própria morte.

O médico entra em cena neste momento da vida das pessoas, e por isso sua figura, desde tempos remotos é revestida de expectativas e simbolis-

mos. As condições intelectuais, nível sócio-cultural, convicções religiosas ou míticas do paciente formam o repertório composto pelo seu estoque de símbolos que irá definir sua maneira particular de estabelecer a relação com seu médico ou seja, ao paciente caberá, dentro de seus potenciais, compreender intelectualmente sua patologia, decidir sobre o grau de adesão ao tratamento e, a ao mesmo tempo, de acordo com sua história de vida, convicções e visão de mundo ele irá revestindo de significados particulares a relação com seu médico transformando sua patologia numa condição enferma particular.

A pesquisa na comunicação médico-paciente

A primeira verificação realizada foi a de que os médicos constatam a necessidade de um tempo ótimo, dentro do qual, ele possa desenvolver as etapas da consulta, de forma objetiva e consiga desenvolver um trajeto comunicacional que permita que o paciente compreenda as informações que ele considera necessárias para o bom andamento de seu trabalho.

A preocupação com a compreensão do paciente toma grande parte do pensamento do médico, especialmente porque ele demonstrou confiar pouco nos recursos de entendimento de seu paciente. Seja em função de deficiências de base educacional, como resultado de seu nível sócio-econômico e cultural, seja em função de suas condições psíquicas ou pela fragilidade física (situacional ou não), o médico tende a colocar em dúvida a capacidade do paciente para compreender com clareza ou agilidade as informações por ele transmitidas.

A partir destas duas percepções iniciais: esforço para que o paciente compreenda e pouca confiança

nos seus recursos de entendimento, os médicos distribuem o tempo da consulta, com variação entre quinze minutos e uma hora, em primeiro lugar para conhecer tecnicamente o paciente e, em segundo lugar para estabelecimento de vínculo, o que faz com que o tempo seja distribuído de maneira fixa, com ênfase na compreensão da queixa, cumprindo prioritariamente uma ordenação técnica que envolve aplicação do roteiro de anamnese geral e da especialidade, exame físico, pedido ou análise de exames laboratoriais e explicação de procedimentos e definição de condutas. A ordem destes elementos pode ser alterada dependendo do médico, caso ou especialidade.

O estabelecimento do vínculo, como segunda prioridade do médico, está alicerçado na responsabilidade do médico, no que diz respeito ao esclarecimento sobre a doença e procedimentos, fatores considerados determinantes pra fazer brotar a confiança do paciente, e proporcionar a formação de uma aliança consciente e saudável entre ambos, portanto, a construção do vínculo associada ao fator tempo é descrita, especialmente, como um processo construído a partir das falas do médico, o quê se verifica na própria descrição da organização do tempo previsto para a consulta no qual o médico mostra ter clareza dos espaços para inserção de suas intervenções e tende a não prever, com a mesma clareza, um tempo planejado para a fala do paciente, o quê o coloca num papel quase exclusivamente de receptor, dentro do trânsito de comunicação.

O médico insere-se como responsável pela organização do conteúdo das informações e pelo controle do ritmo e do fluxo dos eventos comunicacionais que constroem o andamento das trocas de mensagens ao longo da consulta.

Esta percepção de seu papel e do papel de seu paciente faz com que ele desenvolva uma dinâmica ágil e própria de comunicação. Na tentativa de dinamizar adequadamente a distância entre eles, utiliza, como principal ponto de apoio para o estabelecimento da comunicação e da relação, os termos técnicos definidos e bem estruturados que compõem o seu campo de saber. A ciência atual oferece ao médico absoluta segurança quanto aos procedimentos técnicos e estes passam a ser o principal escudo e referencial de conteúdo informativo a ser transmitido ao paciente.

Ao conferir à informação técnica o papel de principal núcleo da comunicação, o médico procura garantir a segurança do sucesso do processo comunicacional e imprimir um bom coeficiente de segurança na recepção da informação com objetivo de gerar o mínimo desequilíbrio cognitivo, afetivo, comportamental ou relacional no paciente.

Neste sentido observa-se que acontece um movimento de complementaridade comunicacional pois em um pólo o médico impõe, ainda que inconscientemente, o estilo de relação apoiado em seu papel de responsável pela comunicação e, no outro pólo o paciente partilha, também ainda que inconscientemente, deste diálogo apoiado nas diferenças entre eles alimentando a relação com características complementares.

A base desta forma de diálogo, sustentada na fala do médico e apoiada pelo paciente, ocasiona um tipo de relação médico-paciente com características mistas de paternalismo e de autoritarismo pois, ao paciente cabe uma posição submissa justificada, em parte pela sua própria falta de espontaneidade e, em parte porque o médico deposita em si a responsabilidade da liderança do processo comunicacional.

Outro esforço e dificuldade percebidos foi o de adequar a terminologia médica para as diferentes demandas dos diferentes pacientes. O médico demonstra exercitar uma refinada observação das respostas (gestuais e não verbais) que entende provocar em seus pacientes, desenvolve um conjunto de argumentos no caso do paciente se negar ou rejeitar algum dado da informação transmitida e utiliza eventos metacomunicacionais criativos para facilitar a sua compreensão.

Dentre as estratégias que desenvolve o médico observa, pergunta, repete, faz analogias, desenha, cria ou utiliza histórias, elabora glossário ao final do receituário.

No entanto, muitas vezes este esforço pode representar um movimento de antecipação ao paciente, ou seja no tempo disponível para a consulta e para o contato com o paciente, o médico imagina sua dúvida, intui sua capacidade de linguagem e limite de compreensão, organiza a informação com dados disponíveis em seu repertório e completa o fluxo comunicacional, o que sugere que o repertório do médico se impõe ao repertório do paciente, o quê pode vir a gerar pouca flexibilidade na comunicação pois, na realidade nem o médico teve o tempo suficiente para se inserir no repertório do paciente e nem este para se adaptar ao do médico.

Esta possibilidade de rigidez em seus próprios repertórios pode desenvolver resistências para o médico adicionar, ao seu cotidiano, elementos comunicacionais atuais como simultâneos ao seu trabalho, como por exemplo as informações transmitidas pelos sites de saúde veiculados pela Internet, que foi interpretada como uma ponta de triangulação competitiva com seu paciente. Há uma clara tendência do médico em perceber as informações transmitidas por este veículo ao seu

paciente como negativas, no sentido de provocar nele dúvidas e desconfianças, justificando de maneira intelectual que há uma preocupação com a fidedignidade e veracidade dos conteúdos ali disponíveis e, principalmente que estas informações, trazidas pelo paciente desprovido de conhecimento sobre o assunto e envolvido pela vivência de seus sintomas, provocam dúvidas e desconfianças nele podendo vir a desestabilizar a estrutura comunicacional organizada previamente pelo médico. Além disso o médico preocupa-se com a possibilidade do paciente tentar inverter a posição médico-paciente no que diz respeito ao conhecimento sobre seus sintomas e diagnóstico.

O que se observa é que os médicos, no que se refere a receber informações que seus pacientes retiram dos sites de saúde atribuem às informações aí contidas um papel desequilibrador, que pode ser responsável por uma alta taxa de ruído, gerador de distúrbio, portanto é considerada uma fonte de informações dissonantes e desequilibradoras do sistema de comunicação proposto na consulta.

Os exemplos retirados das entrevistas com os pacientes mostram que estes possuem as mesmas preocupações que seus médicos, tanto que, reforçando o sentido de complementaridade comunicacional, estes pacientes relatam preferir se reportar a seus médicos diretamente, por confiar neles, a fazer buscas em sites de saúde, demonstrando os mesmos cuidados em relação à veracidade e fidedignidade da informação veiculada, da mesma forma que seus médicos pontuam.

Fechamento

A pesquisa apontou dois pólos: o dos desejos e o das dificuldades.

No seu desejo pela cura, o médico



Foto ilustrativa. Sanja Gjenero -
Out, 2006. Fonte: www.sxc.hu

esforça-se para aproximar-se de seu paciente, demonstrando tentativas de minimizar as dificuldades que percebe, acreditando discutir as alternativas de tratamento e abrindo possibilidades afetivas vinculares com ele, criando uma poética de comunicação muito particular. Seu desejo de encontrar o ponto ótimo que equilibre o conhecimento das teorias e das técnicas que embasam sua prática, com a escuta da expressão dos sin-

tomias, dúvidas e conhecimentos prévios sobre sua doença, trazidos para a consulta por seu paciente a fim de cura-lo de sua enfermidade, o movimenta a exercitar um discurso elaborado, criativo e rápido, numa posição duplamente delicada, pois, se de um lado ele precisa mostrar segurança e tranquilidade que sustentarão a confiança, o estabelecimento e a manutenção do vínculo, de outro lado precisa impor o distanciamento correto para a saudável expressão da afetividade entre ambos.

No outro pólo encontram-se as dificuldades no campo da comunicação.

A primeira está na tradução da terminologia e linguagem médicas para o repertório do paciente. A comunicação assume características dúbias quando acontece a articulação entre o manancial de recursos e conhecimentos técnicos disponíveis em seu repertório e as maneiras de conversar e dialogar com o paciente. Embora a grande maioria dos médicos busque adequar a terminologia médica ao repertório do paciente, a adequação é feita com muita dificuldade pelos sujeitos.

Esta fragilidade da comunicação pode ser compreendida como resultado de suas possibilidades pessoais pois, ao cuidar da pessoa doente, numa proximidade inquietante, o médico tem assumido muitos papéis. Ele é palco de expectativas, desejos e projeções que penetram nele das mais variadas e desconhecidas formas. A ressonância interna, deste conjunto de expectativas poderá ser fator facilitador ou impeditivo do potencial de comunicação e certamente imprime estilos à sua comunicação, o quê nem sempre é consciente para o médico. Porém, uma parte dos sujeitos, de forma objetiva ressalta falhas na formação.