

Relação Médico-Paciente

Doctor-patient relationship

Bruno V. Rocha¹
Caio C. Gazim¹
Camila V. Pasetto¹
João Carlos Simões²

Trabalho realizado na disciplina de História e Humanização do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)

1 – Estudantes do primeiro período do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.

2 – Professor Titular da disciplina de História e Humanização do curso de Medicina da FEPAR.

Resumo

A relação do médico com o paciente mudou com o tempo. Ela é construída espontaneamente, porém sua qualidade depende de esforços e habilidade do profissional de saúde de adequar-se às características subjetivas de cada paciente. É indubitavelmente fundamental, já que o resultado do trabalho médico depende bastante da forma como que esta relação foi construída. Diferenciam-se quatro possíveis modelos de relação médico-paciente: o sacerdotal, o engenheiro, o colegial e o contratualista. A Medicina atual vive numa realidade bastante conflituosa: de um lado as especializações em áreas dificultam o desenvolvimento de uma boa relação; do outro, a humanização da Medicina e a valorização integral do indivíduo ganham força nas recentes décadas. Uma relação médico-paciente pouco comunicativa pode implicar em danos físicos e morais irreparáveis ao doente, além de punições severas aos médicos recorrentes de processos judiciais. Acusações processuais contra médicos multiplicam-se hoje, devido ao comportamento não mais passivo dos pacientes, que agora se informam facilmente, pelos meios de comunicação, sobre as patologias que eventualmente lhe interesse. Deve o médico, desta forma, atuar de maneira a respeitar a autonomia do paciente e utilizar seu conhecimento científico a favor da elaboração de propostas que buscam a melhor orientação e tratamento de seu paciente. O trabalho foi montado tendo em vista construção da relação médico-paciente, os tópicos evoluem até culminarem no objetivo.

Descritores : *Relação médico-paciente; Humanização da assistência hospitalar.*

Rocha BV, Gazim CC, Pasetto CV, Simões JC. Relação Médico-Paciente. Rev. Med. Res. 2011; 13 (2) 114-118.

INTRODUÇÃO

“A arte da medicina está em observar. Curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre.” (Hipócrates)

A relação médico-paciente passou por muitas transformações. Nos primórdios da medicina o aspecto religioso estava intimamente relacionado à figura do médico, sendo visto de maneira dogmático, muitas vezes promovido a um “ser superior” em relação ao paciente. Com o passar do tempo, essa perspectiva tornou-se defasada, e a relação médico-paciente passou a ser próxima e cuidadosa, surgiu a médico de cabeceira, o médico que é amigo, que compartilha alegria e tristezas, que aconselha, que cuida mesmo com o restrito conhecimento biológico da época. No entanto, ultimamente, a especialização da medicina, que embora tenha gerado um salto gigantesco no conhecimento e tratamento de patologias, também gerou uma nova barreira na aproximação entre o médico e o paciente, pois um médico especialista em determinado assunto trata apenas a parte doente em que é especializado e não mais o paciente como um todo, como um indivíduo que tem problemas familiares, esperanças e crenças. Ao mesmo tempo, felizmente, hoje existe uma corrente de resgate do termo médico de cabeceira, há uma busca pela humanização, o paciente agora volta a

ser visto como indivíduo impregnado por sua cultura e vontades, dando beneficência do médico lugar a autonomia do paciente.

O INDIVÍDUO COMO UM TODO

A construção da relação médico-paciente nasce da abordagem utilizada pelo profissional, devendo imprimir características humanas, subjetivas, de uma forma natural. Não deve se limitar à objetividade das tecnologias. Deve também usar de sua anamnese para que, através das queixas relatadas pelo doente e também procurando conhecer o estilo de vida do indivíduo, desenvolva o tratamento mais eficaz. Já que a relação é um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço, deve-se buscar a personalização da assistência humanizada do atendimento e o direito à informação, assim como o consentimento informado.

Vários autores já trataram da importância do consentimento informado. Esclarecendo ao paciente todos os prós e contras das opções disponíveis para o tratamento. Talcott Parsons na década de 60, foi o pioneiro na área de sociologia da saúde. Do ponto de vista sociológico, Parson estudou a sociedade em que o paciente estava inserido e como isso influencia na escolha do melhor tratamento, como ocorre com os pacientes aidéticos, que encaram a doença de maneira muito pejorativa, devido ao modo como a sociedade entende a AIDS.

Estudos antropológicos (Arthur Kleinman, Byron Good, Celil Helman, Gilles Billes e Allan Young), avaliam a experiência e o ponto de vista do doente em relação a si mesmo, que são influenciadas pela cultura, práticas populares, e suas influências no trabalho do médico. Um exemplo dessas influencia cultural é a recusa por parte das Testemunhas de Jeová de transfusão sanguínea como forma terapêutica.

A MEDICINA DO SEU TEMPO

O grande início das mudanças foi com Abraham Flexner (1866-1959), que redigiu um famoso relatório que leva seu nome em 1910 e que revolucionou a educação médica americana e europeia desde então. Com a fragmentação da medicina ele criou a residência médica e conseqüentemente as especializações. Isso contribuiu muito no conhecimento específico e desenvolvimento de técnicas mais eficientes, elaboração de medicamentos altamente eficazes, diagnósticos precisos e danos menos nocivos. No entanto, a especialização deixou de considerar a pessoa como um todo, restringindo-se apenas à efemeridade e não ao cuidado para com o paciente, desconsiderando sua opinião e sua vontade.

O fator mais relevante na dinâmica atual da relação médico-paciente diz respeito à autonomia e busca do conhecimento por parte do efêmero. Com a propagação da informação em massa, isso tornou-se cada vez mais possível, ou seja, o paciente não se comporta mais passivamente frente ao diagnóstico - ele busca conhecer as causas, sintomas e tratamento por meio da internet, jornal, televisão e revistas. Segundo uma pesquisa realizada pelo jornal *"The Journal of the American Medical Association"*, 43% dos entrevistados afirma que a internet é capaz de mudar a opinião sobre determinado médico e 83% acham a internet uma fonte mais variável de conhecimento de saúde do que o próprio profissional.

Cada vez mais, o mercado demanda o desenvolvimento de competências do médico para a adequação do tratamento ao tipo de cada paciente. A mudança no currículo das escolas de Medicina vem estimulando essa habilidade desde o início da formação médica.

Um dos efeitos colaterais de uma relação médico-paciente deficiente e pouco comunicativa e o processo judicial que pode acarretar ao profissional conseqüências diversas e graves, podendo até perder o direito de exercer a Medicina; além de custos e gasto de tempo para ambos os lados. A precária relação entre médico-paciente pode levar ao erro médico e eventuais danos físicos e morais ao paciente.

O MÉDICO SEM JALECO

Para criar uma boa relação médico-paciente se faz necessário que o médico se coloque no lugar do paciente para que compreenda pelo que o doente está passando.

Há médicos que enquanto pacientes relataram a experiência da própria doença como o neurologista Oliver Sacks (1991). Ele conta que, em certa ocasião, fraturou uma das pernas. Transformar-se de médico em paciente isso significou: "... a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muito dos seus direitos, não se é mais livre".

O PACIENTE FAZENDO SUA PARTE

É importante definir os conceitos, da prática médica, de hospitalar e extra-hospitalar levantados por Balint. O primeiro é a relação médico-paciente direta que acontece dentro de hospitais e clínicas, durante as consultas; o segundo é relação continuada, indiretamente, feita apenas pelo paciente. É a chamada atenção primária à saúde.

A atenção primária à saúde leva em conta o diagnóstico do médico e a sociedade e cultura do paciente, para moldar o tratamento mais efetivo e a partir deste uma relação médico-paciente mais humanizada. Em resumo ela é a busca pelo tratamento mais viável (está disponível? Há recursos?) e mais aceito pelo paciente (levando em conta como o paciente vê si mesmo e sua doença). Pois é inútil os esforços dentro dos hospitais e clínicas se não houver esforços e recursos também no dia a dia do paciente.

Vê-se uma grande incompetência dos profissionais da saúde no quesito extra-hospitalar, decorrente da relação médico-paciente deficiente. Por exemplo, um paciente recebe diagnóstico de hipertensão arterial e o médico diz a que ele deve diminuir drasticamente a ingestão de sal. Porém esse paciente vai atender a essa restrição? Em nenhum momento foi perguntado a ele o quanto ele gostava de uma alimentação com bastante sal, se ele se sentia suficientemente doente para abrir mão desse tempero.

MODELOS DE RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Em 1972, o professor, Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown, definiu quatro modelos de relação médico-paciente:

- Modelo Sacerdotal é o mais arcaico, que propõe e completa submissão do paciente ao médico, sem valorizar a cultura e opinião do paciente; há pouco envolvimento (relação) e a decisão é tomada somente pelo médico em nome da beneficência.
- Modelo Engenheiro é o inverso do sacerdotal. Nele o médico tem a função de informar e executar procedimentos. A decisão é inteiramente tomada pelo paciente. Nesse modelo o médico tem uma atitude de acomodação ("lava suas mãos"), e baixo envolvimento.
- Modelo Colegial: há um alto envolvimento entre o profissional e o doente. O poder de decisão é compartilhado de forma igualitária através de uma negociação e não há relação de superioridade/inferioridade.
- Modelo Contractualista é o mais adequado, em que o conhecimento e as habilidades do médico são valorizados, preservando sua autoridade. Havendo a participação ativa tanto do paciente quanto do médico, devido a isso há uma efetiva troca de informações e um comprometimento de ambas as partes.

POR QUE AGORA?

Depois de delimitar, pelo menos em partes, o que é e de onde vem a relação médico-paciente, é interessante ressaltar os motivos da necessidade, atual, da volta desta relação de forma mais humanizada.

Antigamente havia uma boa relação médico-paciente devido à falta de recursos para diagnosticar patologias (na época principalmente doenças infecciosas). Assim o médico tinha que usar da entrevista para obter a maior parte dos dados. Com o passar do tempo surgiram novas tecnologias e exames complementares, que deram uma eficiência maior no diagnóstico. Então a relação médico-paciente foi sendo posta de lado.

Ultimamente as doenças infecciosas, para as quais existem meios curativos, vêm sendo substituídas por doenças crônico-degenerativas, para as quais não há meios curativos. Assim os médicos voltam a apelar para a relação médico-paciente, buscando estratégias de tratamento que possam proporcionar melhor qualidade de vida. Tratamentos que se caracterizam pela longa duração e pela absoluta necessidade de participação intensa do paciente. Nessas circunstâncias, o relacionamento que se estabelece entre o profissional e o médico passa a ter uma importância fundamental para a adesão às propostas terapêuticas e para o sucesso das intervenções.

Também é importante para aliviar as filas, principalmente na rede pública de saúde, pois com a relação médico-paciente o tratamento administrado é mais efetivo e faz com que não haja a necessidade do paciente procurar várias vezes o sistema de saúde.

CONCLUSÃO

Portanto, a relação médico-paciente é de difícil construção. É um processo complexo que demanda esforço de ambas as partes. Ela é importante na prática clínica e saúde pública. Ela tem origem desde a hora em que o paciente entra em contato com o médico, passando pela parte em que se vê o paciente como um todo, como alguém que têm direitos e vontades, inserido numa sociedade, alguém que pode apresentar conhecimentos sobre sua enfermidade. Lembrando, também, que ele se encontra em uma posição desfavorável e que tanto o médico como a paciente deve agir em conjunto para encontrar um diagnóstico conclusivo. E devem também decidir em conjunto qual o melhor tratamento. E mesmo assim ainda não terá um fim à relação medico-paciente, pois esta não se limita às paredes dos hospitais e consultórios.

Abstract

Doctors' relationship with patients has changed with time. It is constructed spontaneously, but its quality depends on the efforts and skills of the health professional to adapt to the subjective characteristics of each patient. It is undoubtedly important, as the result of the doctor's work depends substantially on how this relationship is built. There are four possible models of physician-patient relationship: the priest, the engineer, high school and the contractual. Current medicine is going through a quite contentious reality: on the one hand the specializations in specific areas make it difficult to develop a good relationship; on the other hand the humanization of medicine and the rehabilitation of the individual as a whole have gained strength in recent decades. A poor physician-patient relationship can result in irreparable physical and moral harm to the patient, in addition to severe punishments to doctors involved in recurring medical lawsuits. Lawsuit accusations against doctors are multiplying today due to a less passive behavior by patients, who can now easily obtain information from the media about the pathologies that may interest them. The doctor should thus act in such a way as to respect the autonomy of the patient and use his scientific knowledge in favor of the elaboration of proposals seeking the best guidance and treating of his patient. This paper was organized aiming for the construction of the physician-patient relationship, topics evolving until the goal is reached.

Key words : *Doctor patient relationship; Humanization of assistance.*

REFERÊNCIAS

1. Caprara A, Franco ALS. A relação médico paciente: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 1999 Jul/Set [Acesso em 04 Nov 2010]. 15(3):647-654. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>
2. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico-paciente? Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 1993 Jan/Mar [Acesso em 09 Nov 2010]. 9(1):21-27 Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1993000100003&script=sci_arttext&tlng=pt.
3. François A. Cuidar: um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil. São Paulo: Ed. do Autor; 2006.
4. Goldin JR, Franciscone CF. Modelos de relação médico-paciente [homepage na Internet]. [Atualizada em 07 Set 1999; Acesso em 04 Nov 2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>
5. Grinberg M, Lopes ASSA. O educador da beira do leito e a residência médica. [homepage na Internet]. [Acesso em 04 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/cobi/artigo/artigo15.pdf>
6. Os caminhos da educação médica. Rev Assoc Med Bras [periódico na Internet]. 2004 Jul/Set 2004 [Acesso em 04 Nov 2010]. 50(3):229-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300001.
7. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2007 Set/Dez [Acesso em 04 Nov 2010] 11(23):624-627. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300016&script=sci_arttext&tlng=%5D