



A Arte Médica (II): a relação com o paciente

The Art of Medicine (II): the doctor-patient relationship

Pablo González Blasco

Doutor em Medicina. Diretor científico de SOBRAMFA - Educação Médica e Humanismo. www.sobramfa.com.br. E-mail: pablogb@sobramfa.com.br

RBM Oncologia
Mar 14 V 71 n esp a1
págs.: 13-21

Unitermos: arte médica, relação médico-paciente, educação médica, humanismo

Unters: art of medicine, doctor- patient relationship, medical education, humanism

Summary

For constructing a good Doctor Patient relationship, physicians need to incorporate several attitudes leading to demonstrate real care for patients.

Patients are always the main role in the clinical interview. The physician's external aspect, distinct and pleasant, facilitates the relationship. Doctors need to learn how to observe patients and how to listen them with patience for supporting a positive relationship. The physical exam, almost a liturgical proceeding, reinforces the clinical connection. The doctor's words, impregnated of enthusiasm, are an useful resource to develop a therapeutic and efficient relationship. The physician's mistakes are, frequently, the result of humanistic deficiencies because of missing some of the advices pointed out in this paper.

Evidences show that doctors don't allow enough time for listening their patients.

If they learn how to accomplish this, consultations would be more efficient without elongate the agenda.

Resumo

Construir um bom relacionamento com o paciente requer do médico uma série de disposições que se podem resumir no interesse real pelo paciente: ter presente que o paciente é sempre o protagonista do encontro clínico. A aparência externa do médico, apresentação agradável, discreta e transparente, facilita o relacionamento. A observação, a capacidade de escutar com paciência e abertura são também elementos imperativos para construir uma relação positiva que se reforça no momento do exame físico, elemento indispensável na liturgia do encontro médico-paciente. As palavras do médico, impregnadas de entusiasmo e convicção, são também imprescindíveis para a construção de uma relação eficaz e terapêutica. Os erros médicos são, na maior parte das vezes, fruto da insuficiência humana por não ter sabido colocar em prática os conselhos aqui comentados. Publicações apontam evidências mostrando que, na prática, o médico não disponibiliza tempo suficiente para escutar o paciente. Aprender a fazê-lo não alongaria as consultas, mas as tornaria mais eficazes.

Introdução

Uma boa relação médico-paciente requer do médico disposições prévias, que já foram comentadas anteriormente neste mesmo espaço¹. Parecia conveniente, antes de abordar o tema que agora nos ocupa, deter-se para refletir sobre a formação do médico e as virtudes que lhes são próprias. Essas atitudes, facilitadas pelas virtudes que são lapidadas através de formação contínua, costumam convergir numa expressão, simples, direta, clara: ter interesse real pelo paciente.

O interesse pelo paciente

Com um linguajar poético, Marañón compara o prefácio de um livro ao capacho que é colocado às portas para a limpeza do calçado. Não apenas como um instrumento higiênico, mas como elemento de um verdadeiro ritual que, além de limpar os sapatos, dispõe o espírito de quem adentra no lar alheio. O mesmo ritual de preparação é requerido quando nos aproximamos de um paciente para atendê-lo: é preciso limpar o ânimo de outras distrações, para mergulhar na função que nos é atribuída. "Como médico, tive de pisar pela primeira vez em centenas de lares desconhecidos e nunca, posso afirmar com certeza, bati a uma porta sem emoção. Cada casa é um mundo diferente do mundo externo; e em qualquer uma pode a nossa alma encontrar uma faceta nova para sua vida e, talvez, para o seu destino. Sempre pensei isto enquanto deslizava os meus pés com unção, tivessem ou não barro, no capacho do umbral que nos prepara para a intimidade"².

O paciente procura o médico em busca de ajuda. Não podemos esquecer disso; não é uma consulta "sobre algo impessoal", simples curiosidade espicaçada pela "cultura médica de divulgação", tão frequente nos nossos dias. Se o paciente está na nossa frente é porque algo o aflige - mesmo que não o demonstre - e requer nossa ajuda para resolver seu problema. Por isso o médico deve perguntar a si mesmo, durante toda a entrevista: "De que tipo de ajuda ele precisa? Por que este paciente me procurou?" Parece uma questão óbvia, mas não poucas vezes é esquecida. O médico se perde quando entra na rotina da consulta realizada sem uma preparação do seu espírito que consiste, entre outras coisas, em focalizar corretamente a situação com que se vai deparar. Neste sentido, pode ser que um paciente procure o médico porque se sente mal ou porque costuma procurá-lo anualmente, ou porque o médico pediu que assim o fizesse, ou porque alguém lhe recomendou que consultasse o médico, ou, ainda, porque está assustado com a notícia de que um parente morreu de tal doença. São motivos diferentes que requerem soluções diferentes, modalidades diferenciadas de ajuda.

Na sua obra *Proper Doctoring*, um verdadeiro tratado sobre o bom senso da postura médica, o dr. David Mendel aborda também este tema com oportunidade, com comentários práticos e repletos de humor: "Os pacientes querem ser escutados e ver que há

interesse por eles; querem que o médico procure entender o que pensam, o que sentem, mesmo que não saibam expressá-lo. O médico tem de saber se o paciente está ou não satisfeito com os serviços prestados. Este tipo de relação é impossível se o médico está convencido de ser uma estrela e que, ao paciente, caberia apenas admirá-lo. Todos temos a inclinação de pensar que somos o centro do Universo"³.

Por esse motivo, o médico precisa preparar seu espírito, munir-se das disposições prévias necessárias: "Tratar os pacientes começa muito antes de entrar em contato com eles. Começa com muito estudo, mas, sobretudo, com uma correta atitude profissional para com eles. Não estamos julgando neste momento a importância do médico. O paciente é a verdadeira estrela e o médico está lá para servi-lo. Desde o momento em que o paciente entra no consultório, o médico deve pôr em jogo toda sua sabedoria e toda sua ciência, como se estivesse tratando da pessoa mais querida e próxima. Pôr em jogo o melhor de nós mesmos significa tocar cada nota como deve ser, com a ênfase correta, com o tom e o impulso necessário. E isto não apenas numa primeira vez, mas em todas as consultas posteriores" ³.

A atitude externa do médico: a aparência que ajuda

Este é um aspecto que dificilmente se toca no período de formação universitária. Talvez o medo de cair em formalismos ou de pensar que "o hábito não faz o monge" leva a guardar silêncio sobre algo que não é indiferente ao paciente, nem a nenhum ser humano: o visual externo. Mendel³ discorre sobre o tema com um estilo desenfadado mas repleto de recados. Afirma que o médico deve saber interpretar bem o seu papel: "Não me refiro apenas a colocar o avental, embora isso certamente ajude. [...] O médico deve estar corretamente vestido, e assim como no teatro de Shakespeare um vestuário ou figurino moderno distrairia o público, uma camisa colorida prejudicará a credibilidade do médico, embora a camisa não tenha relação direta com a sabedoria do médico. O mesmo acontece com o mau hálito ou com esse cheiro desagradável da última comida que se ingeriu. Se um médico está sujo ou descuidado, mesmo sendo um excelente médico, perderá pontos diante do seu paciente. Um cirurgião que se cortou ao barbear-se produzirá uma certa inquietação em quem precisar de seus serviços. É possível que estes detalhes não afetem todos os pacientes mas, se incomodam a um deles, já representa uma quota suficiente. Quanto mais jovem é o médico menos direito tem de se vestir como quiser [...]. O estudante, por exemplo, deve saber que mesmo tendo todo o tempo do mundo para aprender, o paciente jamais deve ter a sensação de estar sendo cuidado por mãos inexperientes. [...] Para que o aluno seja considerado médico - nos hospitais universitários - deve parecê-lo. A roupa e os penteados excêntricos não têm vez num hospital. Se usar avental, este deve estar limpo. O cabelo não só não deve parecer esquisito, mas deve estar bem arrumado. A maioria das pessoas se sente mal ao ver na pessoa que o examina cabeleiras despenteadas. Mesmos limpas dão impressão de descuido".

E continua descendo a detalhes como as mãos, que devem estar limpas, as unhas cuidadas, "limpas, curtas, não para serem admiradas por uma manicure, mas para não atrapalhar o trabalho. Quando se examinam pacientes, é preciso sacrificar as unhas compridas, por mais bonitas e elegantes que sejam".

De todo este repertório, verdadeiro elenco de boas maneiras, pode-se concluir que o médico deve ser, sobretudo, transparente: quer dizer, não deve chamar a atenção, seja pelo descuido da aparência, seja pela excessiva arrumação visual. Podem distrair e até incomodar esse estar "muito à vontade" e as familiaridades e também a sensação de que o médico está "desfilando" na passarela. Transparência, sem opacidades - da sujeira ou do perfume estonteante, tanto faz - para que o paciente veja sempre no médico o profissional que o serve, que lhe traz o conforto da medicina, ciência transformada em humanismo. O médico deve passar despercebido, atuando como a calçadeira que ajuda o paciente a introduzir seu pé no sapato. Despercebido como o coração: quando funciona corretamente ninguém repara.

O contato com o paciente

A observação do paciente é a condição inicial que deverá acompanhar toda a consulta e o horizonte do relacionamento. O bom médico é, sobretudo, um bom observador. Não apenas um observador técnico, mas alguém que possui uma intuição especial, que chega mais longe do que a simples constatação de fatos quantificáveis. Médicos experientes, com muitas horas de voo, sem dispensar nenhum dos passos necessários da consulta médica, intuem o diagnóstico e a evolução do paciente quando o cumprimentam na sala de espera, no momento em que o veem entrar no consultório. Intuição que é preciso desenvolver com conhecimento científico e, também, com dedicação e afeto. É a representação prática da solidariedade. "Nosso primeiro e mais nobre ofício é o de tomar completamente a sério o ser humano como organismo, mas também abranger o ser humano por inteiro, no meio dessa forma de ser. Primeiro, amar o ser humano como organismo e observar, cheios de amor e atenção - como uma mãe observa a respiração e o palpitar do filho adormecido -, a circulação sanguínea, a respiração, a temperatura do corpo, as secreções do subconsciente; tudo o que nos foi encomendado. O encontro com o corpo humano, levado verdadeiramente a sério, é, muitas vezes, o modo do nosso encontro existencial com o ser humano e, no trabalho do médico, a forma de expressão do supremo humanismo"⁴. Também em medicina funcionam, de modo admirável, o que Pascal chamava "as razões do coração".

A atenção que o paciente merece não é algo teórico, mas tem sua demonstração prática. O modo como se recebe o paciente requer arte e intuição. Saber fazê-lo corretamente, com amabilidade, com prudência: dando a cada um aquilo de que precisa e o que pode absorver, seja um sorriso, uma leve brincadeira ou uma palavra amável que deixa o paciente à vontade. Não é possível estabelecer uma metodologia única, pois cada paciente é diferente: cabe à sensibilidade do médico alcançar este desempenho que foge de normas "por atacado". Em qualquer caso, o paciente deve sentir - do contrário o médico terá fracassado logo de início - que ele é a realidade mais importante com o que o médico se ocupa naquele momento. Não se trata de um caso a mais, não é "o próximo", lamentável modo de chamar quem possui nome, identidade, personalidade própria. Utilizar o nome do paciente, olhar seu rosto, olhos nos olhos - espelho da alma - é personalizar a entrevista médica, dar importância ao paciente e fazer com que perceba que o seu problema nos absorve por inteiro naquela hora.

Por isso, é preciso ouvir o paciente, deixá-lo falar, sabendo que o modo e a ordem em que conta as coisas é pista diagnóstica. Nesse momento, o médico deve saber responder à seguinte pergunta: "qual o motivo desta consulta?" E isto somente se consegue escutando o paciente, lendo nas entrelinhas, avaliando o tom de sua voz e a importância que é dada a cada sintoma. Não se quer dizer com isso que o médico tenha de "embarcar" em diagnósticos pré-fabricados ou populares; mas, com habilidade, deve abstrair do periférico para captar o essencial a que sempre o paciente acaba fazendo referência.

E quando o paciente não sabe ao certo por que está consultando o médico? Também isso é um diagnóstico: alguma aflição o trouxe até a consulta e, desorientado, o paciente veste a moléstia indefinida de sensações que relata desordenadamente. Mas, no fundo, tem a expectativa de que o médico saberá ler, por trás dessas generalidades, e descobrirá aquilo que nem ele mesmo sabe bem o que é. "O que o paciente pode contar é ouro puro, às vezes misturado com ganga de fantasia, mas mesmo assim é sempre fascinante. O objetivo do médico é extrair dele cada dado, cada sentimento que possa influenciar no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento. É uma tarefa difícil, e pareça mais divertido auscultar com o estetoscópio, Com o tempo, vamos reparando que muito mais importante é auscultar o próprio paciente" ³.

Ouvir sem assustar-se com nada. Não é o momento de julgar. Mesmo os atos e comportamentos errados do paciente devem ser ouvidos com serenidade, sem que o médico dê a impressão de criticá-lo. O que o paciente faz ou diz nunca pode ser interpretado como uma ofensa pessoal ao médico. Haverá tempo, depois, para voltar a essas questões, no âmbito terapêutico, e convencer o paciente a que nos deixe cuidar dele, ou que desista de uma determinada atitude prejudicial. O clima deve ser de confiança. Quando o paciente oculta dados ao médico, é porque tem medo dele, é porque o profissional não soube conquistar sua confiança com espaço para uma sinceridade total.

Ouvir sem pressa. Estar com pressa - melhor dizendo, ter um acúmulo de tarefas que gera essa pressa - é algo que parece acompanhar o médico durante toda sua vida profissional; mas demonstrá-la é sinal de imaturidade. O paciente tem de sentir que, naquele momento, o médico nada tem a fazer senão cuidar dele. Para tanto, não se trata de dedicar muito tempo, mas de dedicar-se com intensidade no tempo disponível. É, uma vez mais, questão de sensibilidade artística.

Ouvir muito e falar pouco. Não é o momento de dar conselhos, de inundar o paciente de recomendações: estas devem ser feitas na hora certa, quando já se conquistou a confiança; e isso acontece depois que se examinou o paciente, que se estudou o seu caso - mesmo que se trata de um caso conhecido ou que o diagnóstico seja óbvio -, depois que o médico mostrou realmente uma atitude científica para com o paciente. Querer dar muitos conselhos, "não dar ponto sem nó", é má administração de recursos. Também aqui vale o velho ditado, pleno de sabedoria para os que educam e formam pessoas: "um conselho ajuda, dois confundem, três atrapalham". É preciso escolher a dedo o conselho e dá-lo no momento oportuno.

O exame físico

Poucos momentos têm tanto a ver com a função artística do médico como o do exame físico. Naturalmente, um conhecimento acurado da propedêutica se torna necessário para encontrar no exame os sinais que o organismo nos dá. Mas, estabelecida essa base mínima, o resto fica por conta da genialidade do artista; uma genialidade que tem suas diretrizes clássicas. Dispensar o exame ou fazê-lo de modo sumário, para recorrer logo a exames laboratoriais e propedêutica armada, é abrir mão de uma das melhores armas terapêuticas de que os médicos dispomos. Como fruto de uma formação excessivamente especializada e tecnológica, encontramos hoje muitos médicos que mal conhecem semiologia e, neste caso, não é apenas uma abdicação da arte, mas grosseira incompetência.

A experiência ensina uma lição clara: não existe relação médico-paciente eficaz se não se examina o paciente. Como dizem alguns estudiosos do tema, "o médico que não toca o paciente não capta sua confiança". Muitos pacientes se queixam, o que também deveria ser lição para nós médicos: "estive no dr. Fulano e ele nem me examinou". E o pior é que realmente muitos médicos não examinam mesmo. O ensinamento é claro: mesmo que o exame físico não acrescente dados ao diagnóstico ou à evolução do caso documentado, o paciente requer esse contato para que a confiança se crie e mantenha. É como a bolsa de valores: se falha a credibilidade, as ações despencam. Mesmo que se trata de um mero boato...

Exame físico detalhado, na medida do possível completo em função dos recursos disponíveis. O relato do paciente não dispensa o médico de procurar sintomas "em outro lugar". Máxime quando o paciente, como já comentamos, chega ao médico setorizado: "Doutor, da sua parte - quer dizer, da sua especialidade - é somente isso o que eu sinto".

O exame físico é, sempre, uma invasão da intimidade e o médico deve estar ciente disso enquanto examina o paciente. Respeitar e compreender o pudor, a vergonha do paciente, requer também sensibilidade. Voltamos à imagem do médico transparente, daquele que atua como se não estivesse lá: conversar com o paciente, atuar com delicadeza e pedindo licença, saber desviar a tensão do momento com uma conversa que agrade o doente, são todos meios de tornar-se "transparente", de não centrar em si próprio a atenção do paciente que está sendo examinado. Atitude que deve obedecer a uma rotina quase litúrgica do médico, independentemente de que o paciente se incomode ou não com o exame. A elegância e a classe de um bom médico não pode depender das expectativas da plateia - muitas vezes insensíveis e até desavergonhadas -, mas do convencimento interior da dignidade do ser humano que se tem à frente, mesmo que o próprio paciente pareça não se importar com "esses detalhes".

Novamente, o conselho permanente: ouvir muito e falar pouco; no caso, examinar com vagar, não ir dando opiniões a cada achado semiológico. Um exame físico não é uma adivinhação nem "uma busca do tesouro", de modo que o médico que vai "cantando, como se de bingó se tratasse", a cada novo sinal que encontra, demonstra uma tremenda imaturidade. Examinar com vagar, coletando os dados, sabendo conversar de outros assuntos com o paciente, para depois integrar os achados num quadro único, estudado: essa é a atitude sensata do médico se não quer deixar o paciente ansioso "com um fígado aumentado, um sopro carotídeo, ou um pulso pedioso diminuído". Afinal, o problema é do médico, e dele se requer uma opinião profissional e uma conduta, não um elenco de sinais e de possibilidades com as quais o paciente nada pode fazer. Com maior motivo, não cabe ventilar as dúvidas em voz alta, durante o exame físico: se o paciente nada pode fazer com os dados alterados, menos ainda poderá lidar com as ignorâncias do médico. O que o médico pode e deve fazer é destacar os detalhes positivos após o exame físico: "Felizmente, o seu coração está em ordem; parece que a sua pressão está controlada; não encontrei nada anômalo no seu abdome". Falar das coisas que "funcionam normalmente" também aumenta o ânimo do paciente.

As palavras do médico

Arte para situar-se, para ouvir o paciente, para examiná-lo. E, no seu momento, arte especialíssima para falar. Se o médico deve interpretar um papel, é no momento de falar que o set de rodagem chega ao clímax. Mais do que numa filmagem, o médico se encontra no palco teatral, pois sua intervenção é direta, sem possibilidades de reeditar a cena e com o público presente, na expectativa. O público, naturalmente, é o paciente, que possui um sexto sentido para descobrir a atitude interior do médico, suas dúvidas e inseguranças, pacientes e da própria sociedade, que não aceitará seu erro com generosidade mas espreitará suas falhas, perseguindo-o onde quer que esteja"⁶.

Tema candente pela sua atualidade, um tema de difícil solução se o problema não for dimensionado convenientemente, em equações humanísticas. Afinal, a que médico não lhe morrem pacientes? A morte é a única coisa certa do acontecer humano, e o médico, querendo ou não, está no caminho dessa saída obrigatória. Toda a sua perícia estará em saber "diluir a técnica que possui" em veículo humanitário para que todos - paciente, família, e ele mesmo - possam digerir, com sentido e transcendência, a natural contingência da vida, para a qual a ciência mais apurada será sempre insuficiente. Concluindo com algumas evidências Quando, há quase vinte anos, ocorreu-me abordar este tema por escrito, recebi uma sugestão: colocar no meio deste discurso filosófico elementos procedentes da medicina baseada em evidências. Não segui o conselho, por parecer-me, naquele momento, fora de lugar. Mas hoje, voltando sobre o assunto, é fácil apurar resultados que se transformam em evidências, que apoiam a postura antropológica aqui proposta.

É curioso como a ciência tem de mostrar-nos - com números, quantitativamente - o que nossa intuição reputa como verdadeiro. Mas é talvez o único modo de nos convencermos e, certamente, de colocá-lo em prática. Perguntar ao paciente se existe alguma

coisa mais que ele gostaria de relatar, não requer grande ciência; requer sim a coragem de estar disposto a ouvir. Coragem que muitas vezes falha porque pode se pensar que isso alongará a consulta sem necessidade, e o tempo é de fato escasso. Aqui é onde entra a ciência embasada em evidências, para nos dizer que a consulta não se alonga e que, além de não complicar os horários do médico, pode facilitar enormemente seu papel, potencializando a resolutividade da consulta.

Assim, num breve artigo publicado há quase dez anos⁹ (por tanto dez anos depois daquela sugestão que não acolhi), recolhe-se uma primorosa série de referências para dar um recado surpreendente. Descreve-se uma pesquisa¹⁰ com 335 entrevistas gravadas onde a resposta à pergunta do médico "o que lhe trouxe a esta consulta hoje" é cronometrada. O tempo médio em que um paciente consegue falar sem interrupção do médico é de 92 segundos. Por outro lado, 77% dos pacientes utilizam dois minutos para contar "todos os problemas" e somente 2% falam por mais de cinco minutos. Esta pesquisa conclui que 80% dos casos consegue em dois minutos apontar os motivos que lhe trouxeram até a consulta. Em outras duas referências, o foco da pesquisa é o médico. Numa delas¹¹ aponta-se que o médico interrompe o paciente em média em18 segundos!!!, desistindo, o paciente de continuar a referir os motivos que lhe trouxeram a consulta. Outra pesquisa, conduzida por médicos de família¹², mostra que o tempo de redirecionamento da consulta - isto é, interromper o paciente para lhe perguntar outra coisa - é de 23 segundos.

Em resumo: temos de aprender a ouvir o paciente. Sabemos disso, mas na prática não o vivemos. Quem sabe, na base de ler evidências, nos animemos a colocar isto na prática. Talvez seja até necessário um relógio de xadrez para respeitar o tempo do paciente, deixar ele mover as peças sem interferência. Se o relógio for interior - disciplina, postura, virtudes do médico - e se acompanhar de um sorriso que parece dizer "tenho todo o tempo do mundo para lhe escutar", estaremos dando os passos certos no fascinante caminho do relacionamento com o paciente.

Bibliografia

1. Blasco PG. A Arte Médica (I): A Formação e as Virtudes do Médico. RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro), v.69, p.9 - 17, 2012.2.
2. Marañón G. Prólogo a mis prólogos. Espasa Calpe Madrid, 1966.
3. David Mendel. El buen hacer médico. EUNSA. Pamplona, 1991
4. Buchner F. Cuerpo y espíritu en la medicina actual. Rialp. Madrid, 1969.
5. Henri Bergson. La risa. Buenos Aires,1939, Ed. Losada, pág. 45.
6. Marañón G. Vocación y ética. Espasa Calpe Buenos Aires, 1946.
7. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Espasa Calpe. Madrid, 1954.
8. Ortega y Gasset J. Meditación del pueblo joven. Revista de Occidente. Madrid.1981.
9. Lussier MT, Richard C. Doctor-patient communication. Time to talk. Can Fam Physician 2006 52: 1401-1402.
10. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ 2002; 325:682-3.
11. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984; 101:692-6.
12. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999; 281(3):283.