

O Valor da Informação nos Valores da Ciência Médica

MARIA DO ROSÁRIO DIAS (*)

1. O VALOR DA «ESMERALDA PERDIDA»

Nos tempos recentes, o domínio dos saberes e da prática médica tem sido alvo de uma acentuada turbulência, tal a relevância das mudanças que têm vindo a ser produzidas.

Como resultado do progresso científico, que se tem acelerado nos últimos anos, as ciências médicas têm vivido verdadeiros «momentos de glória». Todavia, este inquestionável progresso suscita e viabiliza novos e inéditos poderes que levantam questões complexas de carácter moral e ético por via de práticas novas e audaciosas, que estão longe de merecer consenso à luz dos valores actuais.

Ao nível dos modelos da prática da medicina, as transformações visíveis são igualmente profundas. Por oposição ao antigo modelo, em que a prática médica era eminentemente singular, centrada na relação médico-doente e pouco influenciada pelos aspectos sociais do exercício da profissão, surge um novo modelo decisivamente influenciado por uma medicina progressivamente mais socializada e institucionalizada, contaminada por preocupações de natureza economicista e pelo acentuar da dimensão tecnicista, como consequência da pressão exercida pelos crescentes poderes das tecnologias biomédicas.

Na medicina actual, verificam-se, pois, con-

textos relacionais, situacionais e sócio-culturais substancialmente diferentes dos que se verificavam nos tempos do velho e conhecido «João Semana».

O contexto relacional dispensava, pelo crédito subjacente, a prestação de informação ao doente, que conhecia o médico, apreciava a sua competência e devoção e se lhe dirigia com total confiança. A sugestão e a persuasão, factores de intervenção no processo de cura, emergiam de uma relação de confiança, em muitos casos de admiração e respeito, à qual estava subjacente uma permuta compreensiva e afectiva e um consentimento certamente mais eloquente que todas as possíveis declarações e, por isso, mais valioso que todas as «Assinaturas do Mundo» (Dias, 1993). O médico exercia uma verdadeira acção psicoterapêutica, dando-se a si próprio e olhando não apenas à doença mas principalmente ao próprio doente, de quem, quase invariavelmente, conhecia a história biográfico-*pe*ssoa*l*.

Hoje em dia, alargou-se inexoravelmente o próprio acto médico, em resultado dos múltiplos e poderosos instrumentos disponíveis, bem como o círculo em que ele se realiza. O doente encontra-se integrado numa nova ordem altamente tecnológica de intervenção, na qual quase nunca está apto a medir o impacto e as consequências de intervenções médicas potencialmente mais invasoras, quer pela prescrição de terapêuticas complexas, de efeitos ainda mal experimentados, quer pela relativa audácia com que se encaram as

(*) Psicóloga Clínica. Mestranda em Ciências da Educação – Área Específica de Pedagogia da Saúde.

intervenções cirúrgicas e a própria complexidade dos tratamentos.

A medicina moderna, fonte de inegáveis progressos científicos, foi tentada a deslocar-se para uma perspectiva predominantemente técnica, registando-se uma indesejável tendência objectivista decorrente dos caminhos da superespecialização, tratando-se, por vezes, «órgãos» e não «Pessoas doentes» (Vaz Serra, 1980). O admirável progresso científico, viabilizando, é certo, a criação de instrumentos cada vez mais poderosos, parece estar a conduzir à perigosa tentação de reduzir a Pessoa doente à simples condição de objecto, à mera condição de categoria diagnóstica (Polónio, 1982).

Somos assim confrontados com uma espécie de equívoco. Por um lado, sabe-se que a medicina das últimas décadas se tem cada vez mais baseado nas ciências biomédicas, mas, por outro, sabe-se também que, em última análise, estas deverão aplicar-se à Pessoa doente.

O médico, quando se enriquece de ciência, adquire um equipamento de saber que deverá utilizar na sua praxis, perante o doente. Mas a rigidez, a exactidão e a objectividade científicas deverão saber flexibilizar as suas fronteiras quando confrontadas com a Pessoa doente. Só assim se permitirá à ciência médica a necessária convulsão adaptativa quando se cumpre em cada doente, contextualizado na sua realidade psicossocial, sem jamais se comprometer o carácter deliberadamente personalizado do diálogo terapêutico.

Na realidade da sua prática quotidiana, o médico pratica numerosos actos técnicos, diagnósticos e terapêuticos, que provam à evidência o valor social do seu saber-fazer e dos conhecimentos científicos de que é detentor. Mas é inegável que os actos médicos se efectuam numa Pessoa que sofre, apelando sempre que possível para a sua colaboração activa. Porém, a prática médica tem vindo a negligenciar o aspecto relacional, favorecendo, muito provavelmente, o nascimento da actual crise de confiança que é já hoje indissociável no domínio da saúde, em nítido contraste com a que outrora emergia naturalmente da permuta compreensiva e afectiva entre médico e doente.

O médico tornou-se, na grande maioria dos casos, «hemiplégico», caminhando apenas com a sua «perna» técnico-científica, com o atrofiamento e crescente paralisação da outra, a da rela-

ção humanizada com o seu doente e do seu valor terapêutico (Schneider, 1991, p. 83).

Impõe-se um apelo ao equilíbrio entre a dimensão técnico-científica e a dimensão assistencial (Carapinheiro, 1991), valorizando e recuperando ideologicamente a dimensão humanista, a «esmeralda perdida» da prática médica.

De facto, só através de um diálogo aberto poderá o médico escutar o doente, informá-lo e colher informações de importância relevante ao nível do respeito pelos seus valores e objectivos e potenciar a sua participação activa e responsável no seu processo de cura, fomentando, em síntese, uma interacção radicada no valor ético-social da confiança recíproca (Boné, 1992).

Nas relações entre médico e doente existe uma assimetria relacional que resulta, fundamentalmente, de uma posição de superioridade do médico aos níveis do conhecimento, autoridade e poder, ampliada pela situação de dependência do doente, gerada pela vivência da própria doença. Não surpreende, pois, que, como referem alguns autores, o modelo tradicional médico-activo-responsável-pelo-doente-passivo seja ainda hoje predominante na grande maioria dos casos (Scharf, 1988).

A representação social do doente, identificado como pessoa que sofre, na tradição judaico-cristã, sugere-lhe um rótulo de vítima ao mesmo tempo que potencia uma atitude de passividade, por vezes de verdadeira submissão (Atkinson, 1993). A figura do médico reveste-se de uma verdadeira autoridade carismática, alicerçada no valor do saber e das competências técnica e científica, e de um poder que, de facto, lhe é outorgado pelo doente, na sua fraqueza diante da doença que representa uma ameaça à sua integridade global.

O objectivo primário da medicina é o de restituir a autonomia à Pessoa doente (Cassel, 1982). Para que tal se torne possível, no contexto da medicina actual, o doente terá que ser escutado e adequadamente informado. A informação partilhada poderá então ser vista, simbolicamente, como uma espécie de lente correctora do deficit da dimensão relacional que hoje se regista ao nível da relação médico-doente.

2. A (DES)VALORIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Hoje em dia, mercê de uma educação pública

relativamente alargada, os doentes reclamam mais e melhor informação, congruente com o seu nível sócio-cultural, parecendo ser a procura de informação uma estratégia de adaptação à sua condição de pessoa doente.

De entre uma panóplia de questões, emerge o problema básico de se saber que informação, ao nível do diagnóstico, prognóstico e terapêutica escolhida, deverá ser prestada ao doente por forma a que possa participar activamente no seu processo de cura. Torna-se relevante procurar respostas para perguntas tais como: Deverá ser dita a verdade aos doentes sobre a sua situação? Querirão os doentes saber a verdade? Compreenderão os doentes toda a informação que lhes é prestada? Terão médicos e doentes percepções congruentes sobre a informação veiculada? Que consequências, positivas ou negativas, poderá ter a informação que é prestada aos doentes?

A informação recebida é um dos aspectos da prestação de cuidados de saúde com o qual os doentes se encontram menos satisfeitos (Hall & Dornan, 1988). Os doentes reclamam que os médicos parecem mais interessados em travar verdadeiras batalhas técnico-científicas com a doença (Arnold & Forrow, 1990), privilegiando a prestação de informação médico-clínica em detrimento da informação congruente com a gestão social da doença. Esta dissonância parece ser consistente com a insatisfação que muitos doentes reportam a propósito da informação que obtêm dos médicos, acusando-os de escamotear e manipular a informação que realmente pretendem (Cassileth, Zupkis, Sutton-Smith & March, 1980; McIntosh, 1976).

Médicos e doentes parecem ter percepções diferentes sobre o valor da informação prestada. Enquanto que os médicos definem objectivamente a informação em termos da própria doença, dos seus estádios, tipo de tratamento e respectiva escolha racional, os doentes atribuem-lhe significados consistentes em termos de relevância psicossocial, nomeadamente as implicações da doença em termos de tempo e qualidade de sobrevida, sofrimento e recuperação (Chaitchik, Kreitler, Shaked, Shwartz & Rosin, 1992).

A variável fundamental que determina o fluxo de informação médico-doente parece ser o facto dos doentes colocarem ou não perguntas aos médicos. Os médicos parecem supor e esperar

que o doente que deseja informação a procurará, colocando-lhe questões nas consultas médicas (Amir, 1987). No que respeita aos doentes, o facto da maioria não formular perguntas aos médicos, não é necessariamente porque não o desejem fazer (Durá, 1990, p. 45).

Uma outra questão, igualmente relevante, que surge no momento de dar informação aos doentes é se estes compreendem a informação que lhes é prestada. De facto, nem sempre tal acontece. Como razões possíveis poderão apontar-se a incapacidade cognitiva, a tensão, o medo e a tendência que os médicos têm em utilizar um código linguístico que se torna inacessível para um grande número de doentes (Mathews, 1983). Um factor adicional parece ser o conflito psicológico vivenciado por muitos doentes quando solicitam a informação que realmente pretendem, na medida em que o acto de pedir informação é por eles sentido como disruptivo das regras básicas da comunicação médico-doente, revela falta de confiança no médico e constitui, de certa forma, uma tentativa de usurpar o controlo da situação (Chaitchik, Kreitler, Shaked, Shwartz & Rosin, 1992).

Na dimensão médico-clínica, os doentes confiam geralmente nos conhecimentos médicos para a tomada de decisão, uma vez que não detêm os conhecimentos indispensáveis ao julgamento do rigor e da relevância da informação que recebem e poderão, assim, não ser capazes de formular perguntas sobre a sua situação (Mathews, 1983). Muitos doentes hospitalizados retraem-se em fazer perguntas devido à percepção que têm de um *staff* médico sobrecarregado, ao receio das suas eventuais reacções negativas, ao distanciamento social que sentem relativamente aos médicos e à sua incapacidade de entender o vulgarmente chamado calão médico (Mathews, 1983).

Parece, pois, estarmos em presença de um círculo vicioso. Por um lado, os doentes não perguntam quase nada porque não sabem que questões colocar ou não se atrevem a fazê-lo. Por outro lado, os médicos crêem que, se os doentes não perguntam, é porque têm informação suficiente ou não querem ser informados.

Até à primeira metade do séc. XX, a tendência da medicina era de, salvo raras excepções, encobrir a verdade ao doente. Contudo, a partir da década de 70, parece ter começado a registar-

-se uma mudança de atitude dos médicos a favor da revelação da verdade, que se terá ficado a dever, quase exclusivamente, a razões de ordem legal, como ilustra bem o exemplo, nos E.U.A., da publicação da Lei do Direito à Informação (1977). Esta nova atitude, de revelação indiscriminada da verdade, envolve um certo grau de perigosidade (Durá, 1990, p. 51). De facto, a decisão sobre a revelação deverá ser casuística e alicerçar-se em princípios estudados cientificamente, que não por mero imperativo legal, obviamente despersonalizado.

Especialistas de ética e defensores dos direitos dos doentes mostram-se claramente a favor de dizer a verdade ao doente sobre a sua condição. Contudo, médicos com experiência clínica mostram-se menos favoráveis. Com efeito, debatem-se com muita frequência com o conflito de valores entre a preocupação quanto aos direitos dos doentes e o desejo algo paternalista de os proteger, prestando-lhes informação mais securizante (Humphrey, Littlewood & Kramps, 1992).

Se do lado dos médicos se verificam opiniões divergentes, no caso dos doentes também não se regista unanimidade. Até que ponto os doentes preferem tornar-se participantes bem informados no seu processo de cura e em que medida é que uma informação completa terá consequências positivas ou negativas, são questões relativamente às quais não existem respostas conclusivas.

O que parece poder concluir-se é que, face à existência de diferenças de carácter individual, os doentes beneficiam mais quando a informação prestada é congruente com as suas estratégias de *coping*. Um doente mais passivo adoptará estratégias de evitamento quando confrontado com informação que não deseja. Pelo contrário, um doente mais activo procurará mais informação como estratégia potenciadora de um maior protagonismo nos processos de tomada de decisão.

3. CONCLUSÃO

Numa fase em que é verdadeiramente espantosa a potencialidade de alargamento do âmbito dos conhecimentos médicos, não deverá escamotear-se, em caso algum, a dignidade da Pessoa. Importa, pois, conferir e intensificar relevância ao valor da dignidade humana, sem que se blo-

queie o avanço científico ou se comprometa o progresso.

O crescente protagonismo dos doentes traduz-se numa responsabilidade acrescida no domínio da partilha da informação e no processo de tomada de decisão, pelo que são requeridas competências interpessoais e comunicacionais que a perspectiva tecnicista da medicina moderna tende a desvalorizar.

Uma comunicação aberta, no seio da qual a informação prestada possa constituir um verdadeiro acto pedagógico, permitirá ao doente uma melhor adaptação à sua situação e melhorar a qualidade da sua sobrevivência, potenciando a emergência de estratégias de promoção de saúde.

Em matéria de comunicação com os doentes, a posição dos médicos parece radicar mais em factores de ordem legal que em considerações científicas sobre a informação que deverá ser prestada. Do lado dos doentes, longe de haver consenso, é reclamado o direito a uma informação congruente com as suas capacidades pessoais de ajustamento psicossocial.

Não existem, pois, conclusões definitivas sobre problemática tão polémica e controversa. O que poderá afirmar-se é que a informação não tem, em si mesma, aspectos positivos ou negativos. Depende, isso sim, de factores e condições de modelagem do seu carácter e da sua coerência com as estratégias de coping dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amir, M. (1987). Considerations guiding physicians when informing cancer patients. *Social Science and Medicine*, 24: 741-748.
- Arnold, R.M. & Forrow, L. (1990). Rewarding medicine: Good doctors and good behaviour. *Annals of Internal Medicine*, 113: 794-798.
- Atkinson, J.M. (1993). The patient as sufferer. *British Journal of Medical Psychology*, 66: 113-120.
- Boné, E. (1992). *Responsabilité et respect dans les nouvelles dimensions de l'agir médicale*. Comunicação apresentada no I Seminário sobre Bioética – Consentimento Informado e Responsabilidade Médica, Lisboa.
- Carapinheiro, G. (1991). Médicos e representações da medicina: Humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares. *Sociologia Problemas e Práticas*, 9: 27-41.

- Cassel, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306: 639-645.
- Cassileth, B.R., Zupkis, R.V., Sutton-Smith, K. & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine*, 92: 832-836.
- Chaitchik, S., Kreitler, S., Shaked, S., Shwartz, I. & Rosin, R. (1992). Doctor-patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education*, 7(1): 41-54.
- Dias, M.R. (1993). Médico-doente: A pedagogia da relação. In *A Organização dos Serviços de Psicologia em Portugal* (Leandro S.Almeida & Iolanda S.Ribeiro, Eds), pp. 52-60, Açores: APPORT.
- Durá, E. (1990). *El dilema de informar al paciente de cancer*. Valência: Nau Libres.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine*, 27: 935-939.
- Humphrey, G.B., Littlewood, J.L. & Kamps, W.A. (1992). Physician/Patient communication: A model considering the interaction of physicians «therapeutic strategy and patients» coping style. *Journal of Cancer Education*, 7(2): 147-152.
- Mathews, J.J. (1983). The communication process in clinical settings. *Social Science and Medicine*, 17(18): 1371-1378.
- Mcintosh, J. (1976). Patients' awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease. *The Lancet*, 7: 300-303.
- Polónio, P. (1982). A relação médico-doente. *Psiquiatria Clínica*, Suple. 2: 147-150.
- Scharf, B.F. (1988). Teaching patients to speak up: Past and future trends. *Patient Education and Counseling*, 11: 95-108.
- Schneider, P.-B. (1991). *Regards discrets et indiscrets sur le médecin*. Paris: Masson.
- Vaz Serra, A.S. (1980). A relação médico-doente na prática clínica. *Psiquiatria Clínica*, Suple. 1: 5-7.

RESUMO

A prática médica actual, equipada de instrumentos que lhe são disponibilizados, em ritmo acelerado, pelo progresso científico, e contextualizada numa nova ordem altamente tecnológica de intervenção, parece deslocar-se para um modelo que se suporta de forma crescente na dimensão tecnicista, ao mesmo tempo que tende a desvalorizar a dimensão relacional, transformando, por vezes, a Pessoa Doente em mera categoria diagnóstica. O presente artigo pretende abordar, num primeiro momento, a importância da revalorização da dimensão humanista da prática médica através da sua recuperação ideológica e, num segundo momento,

sublinhar a relevância da problemática da informação a prestar aos doentes como factor potenciador de estratégias de promoção de saúde. Conclui salientado a necessidade de se reconceptualizar a informação em termos da modelagem do seu carácter e da sua congruência com as diferentes estratégias de coping dos doentes.

Palavras chave: relação médico-doente, informação ao doente, humanismo, ajustamento psicossocial, promoção de saúde.

ABSTRACT

Medical practice, equipped with powerful tools made available by the scientific progress and contextualized in a highly technologic new order of intervention, seem to be displaced towards a model supported on a growing technical dimension while the relational one is empowering, sometimes reducing the Sick Person to a simple diagnostic category. The present article seeks an approach, in a first moment, to the importance of revalorization of the humanistic dimension of medical practice through its ideological regain and, in a second moment, enhance the relevance of information to be given to patients in strategies for health promotion. It ends outlining the need of reconceptualize information modulating its character and making it congruent with the different coping strategies of the patients.

Key words: doctor-patient relationship, patient information, humanism, psychosocial adjustment, health promotion.

RESUME

La pratique médicale actuelle, armée des instruments disponibles par le progrès scientifique et contextualisée dans une nouvelle ordre hautement technologique de intervention, semble de déplacer vers un modèle supporté de plus en plus à la dimension techniciste en même temps que négligencie la dimension relationnel, en transformant, parfois, la Personne Malade dans une simple catégorie diagnostique. Avec le présent article on prétend faire une approche, dans un premier moment, sur l'importance de la révalorization de la dimension humaniste de la pratique médicale par sa récupération idéologique et, dans un deuxième moment, cibler la relevance de la problematique de l'information comme facteur de promotion de santé. Finalement, on fait ressortir la nécessité de reconceptualizer l'information au niveau de la modelation de son caractère et de sa congruence avec les différentes stratégies de coping des patients.

Mots clé: relation docteur-patient, information aux patients, humanization, ajustement psychosocial, promotion de santé.