

REFLEXÕES SOBRE A VISITA MÉDICA EM UM HOSPITAL-ESCOLA

Luciana Martins, Julieta Quayle, Maria L. Livramento, & Mara C. Souza de Lucia

Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO: A visita médica faz parte da rotina de um hospital-escola. Nela, são apresentados casos e discutidas as condutas médicas, os exames, as cirurgias e os medicamentos. Visa atingir objetivos didáticos, constituindo um importante instrumento para o aprendizado dos estudantes e residentes de medicina. Entretanto, essa prática pode ter efeitos negativos sobre os pacientes. Este estudo visou investigar os sentimentos e idéias despertados a partir da visita médica em pacientes internados na Enfermaria da Unidade de Transplante Renal (UTR) da Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Foram entrevistados 55 pacientes e os dados foram analisados segundo o método qualitativo de análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Observou-se que a visita é percebida pelo paciente de maneira ambígua e conflitiva. Referem dificuldades para compreender o que é dito a respeito de sua doença e sentem-se desinformados, desamparados e excluídos de seu próprio tratamento. Por outro lado, sentem-se acolhidos e prestigiados quando recebem por parte de toda equipe, no momento da visita, atenção e informação sobre sua doença e tratamento. Foram feitas sugestões para o melhor aproveitamento da situação de visita médica no hospital-escola, de modo que, sem perder seu objetivo didático, ela possa assumir um papel mais efetivo na assistência ao paciente.

Palavras chave: Hospitalização, Relação médico-paciente, Visita medida.

REFLEXIONS ABOUT THE MEDICAL VISITS AT A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT: The medical visit is a routine at a university hospital. It has didactic purposes and clinical cases, diagnostic techniques and treatment possibilities are discussed. Probably it's the most important learning tool for medicine students and residents. However, this practice may have negative effects on some patients. This study aimed at investigating the ideas and feelings awakened by this procedure in hospitalized patients during medical visits at the Kidney Transplant Unit of the Urology Department at Hospital das Clínicas, São Paulo University. Fifty-five inpatients were interviewed. The answers were analyzed according to the "Collective Subject Speech" qualitative approach. Data point out that patients have an ambiguous and conflictive perception of medical visits, referring difficulties to understand medical expressions, feeling abandoned and excluded from their own treatment. On the other hand, they feel protected and important when they receive attention and information by the medical staff. Suggestions were made aiming at the better use of the situation so that without losing its didactic objective the assistencial aspect may be improved.

Key words: Doctor-patient relationship, Hospitalization, Medical visits.

A visita médica faz parte da rotina de um hospital-escola. Nela são apresentados casos e discutidas as condutas médicas, os exames, as cirurgias e os medicamentos. Visa atingir objetivos didáticos e assistenciais, possibilitando uma oportunidade de aprendizado para estudantes e residentes em medicina, além de garantir a qualidade do atendimento médico.

Segundo Lima Filho (1990), a partir do século XIX, o exame do doente diante de uma assembléia de vários estudantes tornou-se rotina em todo o mundo, constituindo a clássica visita médica, método privilegiado para o ensino aos estudantes de medicina. Este autor, porém, critica a discussão do caso perante o paciente e seu companheiro de quarto, alegando que expõe sua intimidade. Acredita que esta prática de ensino deveria ser feita individualmente, com recato e respeito ao paciente.

Cada visita médica tem a sua particularidade, variando de acordo com a característica da equipe, a especialidade médica, a personalidade do professor que a conduz e a patologia envolvida. Entretanto, há um ponto em comum em todas as visitas médicas: seu objetivo didático. Nessas visitas, os 'casos' sempre são apresentados e discutidos em busca do diagnóstico e terapêutica mais adequados para cada paciente, para que este processo sirva como modelo de aprendizagem para os profissionais envolvidos.

No momento da visita a participação do paciente, em geral, é restrita. Algumas vezes ele passa por um exame físico, em outras ocasiões, responde perguntas sobre sua vida e sua família, com o objetivo de esclarecer a origem e o desenvolvimento da doença. O paciente permanece no leito e assiste à discussão de seu caso, sendo consultado apenas para esclarecimento de dúvidas a respeito de sua vida, história pessoal ou antecedentes familiares.

Durante a visita não é levado em conta o interesse do paciente em saber sobre seu estado e como vai transcorrer o tratamento, o que pode despertar ansiedade. Algumas vezes, a equipe médica não percebe este sentimento. O discurso usado pelos membros da equipe médica é bastante técnico, considerando-se que o objetivo é educacional: a troca de experiência e aprendizado é intensa e visa aprimorar o conhecimento. Raramente essa linguagem é compreendida pelos pacientes, que se sentem excluídos de seu próprio tratamento.

Estudos acerca da visita médica e suas repercussões na relação médico-paciente, no tratamento e na evolução da doença vêm merecendo destaque na literatura especializada. Miller e Hafner (1991, cit. in Quayle, 1998) consideram que a rotina da visita médica aumenta o nível de ansiedade dos pacientes. Wartman et al. (1983, cit. in Quayle, 1998) verificaram que os pacientes estavam satisfeitos com a informação científica, mas insatisfeitos com a comunicação dos médicos durante a visita.

Em outros estudos desenvolvidos no Brasil, sobre a percepção que o paciente tem da visita médica em um hospital-escola, Brescia e Quayle observaram que a maioria dos pacientes entrevistados tinha uma percepção

positiva em relação à visita médica, considerando-a uma oportunidade de estar em contato com a equipe médica e saber um pouco mais sobre sua doença. Referiam, entretanto, a existência de conflitos em relação à ocorrência da visita, dificuldades em compreender o que era dito pelos médicos, sentindo-se desinformados e expostos.

A visita médica aos pacientes transplantados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) ocorre todos os dias. A cada dia da semana, existe um médico assistente responsável e uma vez por semana ela é realizada por uma equipe multiprofissional, composta por professores, médicos assistentes, residentes da Unidade de Transplante Renal, psicóloga, assistente social e a enfermeira. Eventualmente, há a participação de médicos visitantes externos, interessados em aprender.

Durante a visita, o grupo de profissionais vai de leito em leito, discutindo os casos. A história do paciente é apresentada pelo residente responsável pelo leito, que deve descrever a evolução do transplante e a situação atual do paciente, bem como o resultado dos últimos exames colhidos e a medicação imunossupressora que está sendo utilizada. Segue-se uma discussão clínica e didática das informações trazidas, visando especialmente o aprendizado dos profissionais envolvidos e também o estabelecimento de novas diretrizes de tratamento, a solicitação de exames e mesmo uma decisão de alta do paciente. Esta discussão acontece na presença do outro paciente que ocupa o mesmo quarto, sendo que em cada quarto há apenas dois leitos. O tempo de duração da visita é variável, de acordo com o que suscita cada caso.

O presente estudo foi desenvolvido tendo como referência a prática da visita médica em um hospital-escola. Seu objetivo foi conhecer os sentimentos do paciente, identificando suas expectativas, preocupações e receios, despertados durante a visita médica, quanto à internação e ao tratamento.

O adoecimento e a internação

O avanço da medicina com as descobertas alcançadas pelas ciências biológicas, bem como o progresso tecnológico e o desenvolvimento das técnicas e procedimentos laboratoriais, parecem impulsionar incessantemente o profissional médico para a especialização em setores do corpo humano, mesmo porque um único profissional não seria capaz de abarcar todo o conhecimento e informação disponíveis. A minuciosidade profissional e a necessidade de conhecimento aprofundado desenvolveu-se tanto que temos hoje médicos especialistas em partes cada vez mais específicas no corpo humano. Se, por um lado, a especialização dos profissionais médicos propiciou melhor desempenho na obtenção da cura e do restabelecimento do corpo dos doentes, por outro lado, desenvolveu-se a descaracterização do doente como um ser completo.

A preocupação com a exatidão, a ampliação do conhecimento médico e a proliferação dos modernos métodos investigativos, amparados no positivismo e

nos métodos de pesquisa científica, culminaram na exclusão dos aspectos subjetivos do doente (os elementos vivenciais e psíquicos do paciente, que estão envolvidos em sua doença, mas não são passíveis de comprovação, quer pelo método experimental, quer pelo científico).

Geralmente, o adoecer é um acontecimento inesperado que acomete tanto o físico quanto o psíquico do indivíduo. Ao se dar conta de sua doença, o paciente sente-se angustiado, confuso, amedrontado, invadido por sentimentos de desamparo, culpa e vergonha. Diante disso, o paciente pode ativar mecanismos de defesa mais primitivos como, por exemplo, o pensamento mágico (o médico faria desaparecer os seus problemas, os sintomas e a doença) ou a negação da doença, o que muitas vezes estaria impedindo-o de aceitar e concretizar um tratamento adequado.

Como resultado de observação da prática clínica, é importante salientar que não existem regras para o comportamento do indivíduo doente. Cada um adoece à sua própria maneira, dependendo de suas experiências e história de vida. Assim sendo, a mesma patologia clínica pode suscitar sintomas e efeitos diferentes e peculiares a cada paciente. O adoecer desencadeia um processo de total mudança no indivíduo, forçando-o a procurar uma adaptação a novas formas de vida e relacionamento, tanto consigo próprio quanto com os outros.

Nos primórdios da prática médica, a comunicação verbal era fortemente enfatizada, pois era o único instrumento disponível para se obter informações sobre o paciente. Os métodos de investigação e os exames eram precários e escassos e, para piorar a situação, a religião, com seus dogmas, dificultava os estudos de anatomia e proibia os exames físicos em pacientes vivos. A única forma investigativa era o médico estabelecer uma relação sólida com o paciente, baseada na confiança e interesse, através de longas conversas sobre os sintomas, história familiar, ambiente e vivência.

Com o avanço da medicina, através do crescimento da indústria farmacêutica e da tecnologia, e com a especialização de seus profissionais, o médico acaba cada vez mais tendo o direito e o poder de manipular, cortar, examinar e tocar o corpo, de curar e decidir sobre a vida e a morte. A relação com o paciente vai se tornando mais distante, uma vez que a necessidade das palavras vai sendo substituída pelos aparatos tecnológicos.

Quando encontramos a instituição servindo como mediadora entre o médico e o paciente, percebemos é ela que estabelece as relações entre o paciente e os diversos setores de cuidados. Porém, é necessário lembrar que foram os próprios médicos os responsáveis pela criação das instituições.

Neste contexto de avanços tecnológicos e com a presença da instituição entre o médico e o paciente, podemos perceber que o relacionamento médico-paciente se transforma em um processo complicado. Entretanto, este relacionamento é de grande importância para um tratamento bem sucedido.

A respeito disso, Balint (1984) afirma que o “remédio” mais utilizado na prática médica é a figura do próprio médico, que, portanto, deve ser conhecida

e aproveitada da mesma maneira que os demais medicamentos, ou seja, em sua posologia, efeitos colaterais e toxicidade.

Os recursos tecnológicos de que se utiliza a medicina atual, em algumas situações abusivamente, podem interferir na relação médico-paciente, inibindo até a espontaneidade do raciocínio sobre o caso em foco. Tais recursos às vezes são usados pelo médico com dificuldade de comunicação como substitutos de um verdadeiro diálogo médico-paciente e não como auxiliares para o diagnóstico.

Ao buscar auxílio médico, o paciente procura algo mais que o restabelecimento de um processo biológico desorganizado. Ele deposita na figura do médico suas expectativas de esperança e de temor. Todo o seu mundo passa a girar em torno do seu mal, e o paciente torna-se em parte uma criança assustada, que espera que o médico, com seus poderes mágicos e onipotentes, anteriormente atribuídos aos pais, o console, o cure e o acolha. Por outro lado, teme o veredicto quanto à gravidade de seu problema ou mesmo a condenação à morte implícita em processos mais severos.

A respeito disso, Portella Nunes (1984, prefácio, in Ballint, 1984) comenta:

A doença constitui para o homem, uma ameaça de dor, de invalidez e de morte. Desenvolve-se por isso um sentimento de insegurança e de necessidade de apoio que reedita a situação primitiva de relação da criança medrosa com a mãe. Todo paciente tem muito de criança medrosa que procura a mãe-médico em busca de apoio.

O ambiente hospitalar tal qual o conhecemos hoje, pode trazer conforto e continência, mas também traz ansiedade e conflitos. A prática médica com reduzido envolvimento pessoal torna o hospital um ambiente frio, impessoal, autoritário e com uma hierarquia de submissão que segrega. O adoecimento e suas limitações, contudo, também colaboram para o aparecimento do sentimento de exclusão. O paciente internado é retirado da sua vida cotidiana, de seu mundo de referências (trabalho, amigos, família). A hospitalização pode ser entendida como uma perda da privacidade, como a concretude da quebra das certezas e convicções, significa entrar em contato com a idéia de finitude.

Quando o paciente está internado, na maioria das vezes, não tem opção, está acamado e à mercê de tudo e de todos, pois sua vontade é postergada, seus desejos restringidos, sua intimidade invadida, seu mundo relacional rompido e seu trabalho impedido. Ele deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto da prática médico-hospitalar, sua individualidade é suspensa e, assim, acaba transformando-se em mais um caso a ser contabilizado, estudado, tratado.

É importante sinalizar que o hospital e a internação poderão ter diversos significados para o paciente. Eles dependerão da natureza da doença, da personalidade e história atual e pregressa do paciente.

Este estudo visou investigar os sentimentos e idéias despertados a partir da visita médica em pacientes internados na Enfermaria da Unidade de uma unidade de Transplante Renal.

MÉTODO

Participantes

Para este trabalho foram entrevistados 55 pacientes internados na Enfermaria da Unidade de Transplante Renal da Divisão de Clínica Urológica do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Todos os pacientes entrevistados eram portadores de Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) que realizaram transplante renal como forma de tratamento. Devido a essa condição são internados com frequência.

Dos 55 pacientes entrevistados, 26 (47%) eram do sexo masculino e 29 (53%) eram do sexo feminino. Suas idades variavam entre 14 e 67 anos, sendo 40 anos a média de idades. Desses pacientes, 21 são casados, 25 são solteiros, 4 são viúvos, 4 são separados e 1 é divorciado. Entre eles, 12 exercem atividade remunerada, 17 são aposentados, 6 recebem auxílio doença, 9 são estudantes e 11 se ocupam dos afazeres domésticos. No que se refere à escolaridade, 17 tinham ensino fundamental incompleto, 11 ensino fundamental completo, 8 o ensino médio incompleto; 11 tinham o ensino médio completo, 1 têm o superior incompleto, 5 têm o superior completo e 2 são analfabetos. Desses pacientes, 48 tinham feito seu primeiro transplante, 5 já estavam no segundo transplante e 2 no terceiro transplante renal. Nesses transplantes, 33 eram de doadores cadáver e 22 de doadores vivos. Todos os pacientes foram entrevistados no pós-operatório, sendo que 26 (47%) estavam no pós-operatório imediato e 29 (53%) no pós-operatório tardio, o tempo de transplante variava entre 4 semanas a 25 anos.

Participaram deste estudo os pacientes transplantados que tiveram seu caso discutido na visita médica, com exceção das crianças, dos portadores de seqüelas neurológicas ou distúrbios psiquiátricos significativos (que pudessem comprometer a compreensão das questões formuladas), pacientes internados para estudo pré-transplante e doadores.

Material

Todos haviam participado da visita médica e nela tiveram o seu caso discutido quando foram contatados pela Psicóloga para participar do estudo.

Os pacientes foram entrevistados logo após a visita médica. Seguia-se um roteiro semi-dirigido e deixava-se o paciente livre para se expressar sobre os temas gerais investigados.

Os dados foram estudados segundo o Método Qualitativo de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, utilizado em pesquisas na área social, criado e desenvolvido por Fernando Lefèvre (1999), docente da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A utilização deste método tem por objetivo tornar mais evidente as representações sociais dos pacientes sobre a visita médica. Consiste em reunir,

em um discurso síntese, as expressões-chave de vários discursos individuais emitidos como resposta em uma entrevista semi-dirigida.

Os discursos individuais foram submetidos a uma análise de decomposição, através das figuras metodológicas propostas por Lefèvre: idéia central (afirmações que permitem traduzir ou resgatar o essencial do conteúdo discursivo), expressões-chave (transcrições literais de partes mais significativas dos depoimentos), discurso do sujeito coletivo (reunião de vários discursos individuais num só discurso-síntese).

RESULTADOS

O Discurso do Sujeito Coletivo sobre a visita médica

Os dados colhidos foram analisados seguindo o Método Qualitativo de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo e apontam dez discursos diferentes em relação à visita médica. São eles:

1. *A visita médica é um código*

“Não entendi nada, parece que eles têm um código para falar, eles falam numa língua enrolada, não dá para entender direito, eles falam muito rápido, só eles entendem a linguagem deles, eles usam termos que a gente não entende, é tudo por código, palavras que eu não entendo, outro idioma que eu pouco entendo, só eles mesmos que sabem os termos e as palavras, quando estão em equipe eles falam entre eles, eles falavam grego, não entendo bem o palavreado deles, a linguagem deles é técnica eu não entendo.”

2. *A visita médica propicia segurança e confiança*

“Sinto mais segurança porque tenho mais explicações do que está acontecendo comigo, fico sabendo o diagnóstico, senti confiança, estou sendo assistida por uma equipe, quem veio me ver hoje é quem sabe mais, as orientações dele são muito válidas, dá até um certo alívio porque vejo o esforço da equipe para tentar melhorar o paciente, senti firmeza, vários médicos e outros pós-graduandos, a equipe toda em cima discutindo, confio no médico, me sinto amparado.”

3. *A visita médica mostra divergências de conduta*

“São opiniões divididas, cada dia é um médico diferente, isso às vezes confunde um pouco, entendo como se cada um fosse professor de uma matéria e faz um recorte sobre o caso, cada um defende a sua tese e a gente fica perdida, cada um tem uma opinião, depois fica sempre uma dúvida porque não sei o que está acontecendo e o que pode acontecer. Não tenho uma definição, esse negócio de os médicos passarem todos os dias confunde a cabeça da gente, cada um que vem dá uma opinião, cada um fala uma coisa, não sei quem é o certo e quem não. Cada dia eles falam uma coisa,

fica todo mundo dando palpite e eu não sei ao certo o que é, o Doutor Residente começou a falar e foi interrompido, foi a maior briga entre os Doutores, dá a impressão que eles não sabem o que fazem, fica uma dúvida.”

4. *A visita médica causa medo*

“A visita de sexta é diferente dos outros dias, assusta a gente, medo do que o doutor possa falar a respeito do meu rim, fica mais suspeito o que ele vai falar sobre mim, eles falam alto e assustam a gente, não falei porque tive medo do doutor ficar bravo, às vezes tem paciente que tem medo de falar.”

5. *A visita médica exclui a fala do paciente*

“Acho que eles deveriam deixar o paciente falar, eles não dão muita chance da gente falar, às vezes tenho vontade de falar mas não falo, é melhor ficar quieta, eu não vou falar com toda a Junta Médica aí presente, dizer o que eu sinto, pois eles vão me perguntar o que eu entendo de medicina, a impressão é que o paciente não sabe nada, acho que, se pudesse falar com detalhes o que sinto, ajudaria no tratamento, a doença está no paciente, e o médico deve ouvir e dar atenção.”

6. *Na visita médica há falta de atenção, esclarecimento e desinteresse*

“Eles não falaram quase nada do meu caso, falaram sobre outras coisas do caso ao lado, não era da gente que eles estavam falando, eles nem falaram de mim, às vezes parece que eles estão falando de outra pessoa, deu para ter certeza que eles não estavam falando de mim, já entraram falando de outras coisas do quarto anterior, sobre o meu problema não houve uma discussão, durante a discussão não houve esclarecimento, eles nem olharam o exame.”

7. *A visita médica provoca desconforto e frustração*

“Por um lado, é bom porque não fico pensando e remoendo coisas, mas, por outro, fica um vazio, fiquei frustrada, esperava alguma resposta ou explicação que não veio, fico tensa quero prestar atenção para tentar entender mas não consigo, sinto que o interesse é deles e que o paciente não fica sabendo nada, deixa a gente preocupada, fiquei desapontado, fiquei chateada e decepcionada, fiquei nervosa pelo fato de saber que fui o único caso aqui.”

8. *A visita médica é uma prática de ensino*

“A visita é uma aula, palestra boa, discutem com quem sabe mais os outros vão aprendendo, havia médicos de fora, e o doutor estava ensinando aos outros, parece uma aula dada aos médicos novos.”

9. *A visita médica é esclarecedora*

“Entendi que eles descobriram a causa da minha febre e da infecção de urina, peguei uma infecção muito grande e por causa disso perdi a função

renal, estou internada para investigar a perda de proteína, eles falam como está indo o paciente e evolução do transplante.”

10. *A visita médica propicia conforto e amparo*

“É bom quando os médicos vem aqui na sala conversar com a gente, gosto porque sinto que os médicos se interessam pela gente, anima o fato deles virem aqui conversar.”

Apesar de todo avanço da medicina através dos séculos, de todo o apoio tecnológico recebido pelos médicos e dos meios de investigação e diagnóstico modernos, podemos observar que o paciente continua fragilizado emocionalmente, atemorizado com o adoecimento, muitas vezes, lidando com um prognóstico desfavorável.

Por outro lado, percebemos que os avanços tecnológicos têm por vezes comprometido a relação médico-paciente, substituindo as longas conversas por arrojados instrumentos de diagnóstico.

Os dados levantados e analisados qualitativamente em nosso estudo mostram que a visita médica, dentro dos moldes como vem sendo conduzida, pode despertar sentimentos conflitivos, dúvidas e medo, que comprometem a manutenção e a evolução do tratamento. Considerando que este estudo foi desenvolvido em uma clínica de doentes crônicos, devemos lembrar que jamais poderemos supor uma cura e que quaisquer que sejam os tratamentos aplicados, são apenas tentativas para melhorar a qualidade de vida do paciente.

A linguagem usada pelos médicos, durante a visita, é entendida pelo paciente como um código. Como o objetivo da visita é uma prática de ensino, vemos que, por um lado, ela atende ao objetivo didático, mas, por outro, dificulta a compreensão pelo paciente de seu real estado de saúde:

“... não entendi nada... eles usam termos que a gente não entende... eles falam numa língua enrolada...” (sic)

Esta situação, portanto, pode gerar ansiedade e suscitar no paciente a criação de fantasias atemorizantes sobre o seu caso.

Entretanto, o fato de os médicos irem até o leito discutir sobre o caso traz segurança e confiança. O paciente sente-se importante, valorizado e prestigiado. Assim, a visita médica proporciona ao paciente um certo conforto ao perceber que está sendo assistido por uma equipe:

“... sinto mais segurança... dá até um certo alívio porque vejo o esforço da equipe para tentar melhorar o paciente... me sinto amparado...” (sic)

Neste caso, a percepção do paciente é bastante positiva, restabelecendo o vínculo com o médico, tão importante para a evolução do tratamento. Relembramos aqui o comentário de BALINT sobre a figura do próprio médico tam-

bém ser uma valiosa “droga” que, se bem administrada, traz benefícios ao paciente.

Na situação de discussão em equipe, surgem algumas divergências sobre a conduta a ser seguida, o que é claramente percebido pelo paciente. Este acontecimento faz com que ele se sinta inseguro, deixa-o em dúvida e leva-o a questionar os procedimentos:

“... são opiniões divididas... cada um fala uma coisa... confunde a cabeça da gente... e eu não sei ao certo o que é... quem é o certo e quem não... depois fica sempre uma dúvida...” (sic)

Este acontecimento pode causar um enfraquecimento do vínculo com o médico e a não aderência do paciente ao tratamento, pois ele não sabe em quem depositar sua confiança.

A prática da visita médica desperta o medo inerente ao ser humano quando se trata de sua sobrevivência; é o medo de ser condenado, de se confrontar com uma real ameaça:

“... medo do que o doutor possa falar do meu rim... fica mais suspeito o que ele vai falar sobre mim...” (sic)

Ao mesmo tempo, percebe-se também presente o medo da figura do médico e da autoridade que ele representa:

“... a visita assusta a gente... eles falam alto... não falei porque tive medo do doutor ficar bravo... às vezes tem paciente que tem medo de falar...” (sic)

Esta reação de medo é natural. Há de se entender que o medo primitivo do ser humano sempre estará presente quando ele se sente ameaçado. Está intimamente ligado ao adoecer e à forma como o paciente assumiu sua doença. O medo da autoridade do médico refere-se à figura paterna freqüentemente atribuída a ele.

A rotina do hospital-escola determina a visita médica como um importante instrumento de aprendizado para o médico residente. Por seu objetivo didático, deixa em segundo plano a participação do paciente, o qual se sente excluído:

“... acho que se pudesse falar o que sinto ajudaria no tratamento... a doença está no paciente e o médico deve ouvir e dar atenção... eles não dão muita chance da gente falar...” (sic)

Através destes discursos, percebemos que o paciente se sente excluído de seu próprio tratamento. Transforma-se em uma figura dissociada: de um lado, fica o acometimento físico e, do outro um ser humano com uma história pessoal, sentimentos, dúvidas e vínculos familiares. Neste contexto, a pessoa humana não é valorizada, e o paciente se ressentido disso.

Na enfermaria da UTR existem pacientes em diversos estágios da evolução do transplante e com diferentes patologias. O quadro clínico de um determinado caso pode suscitar mais discussão e atenção do que o outro. Frequentemente, esta discussão se prolonga pelo corredor e algumas vezes até o quarto seguinte, e o paciente percebe isso:

“... falaram do caso ao lado... deu para ter certeza que eles não estavam falando de mim... já entraram falando de outras coisas do quarto anterior... eles nem falaram de mim...” (sic)

Durante a visita, o paciente percebe a falta de atenção da equipe em relação ao seu caso. Sente-se sem esclarecimentos, e aquele desinteresse leva-o a sentir-se desamparado.

O paciente internado sente-se isolado e vê na visita a única fonte de informações sobre seu problema. Aguarda-a ansiosamente, criando a expectativa de obter nela a definição sobre o seu caso e a decisão de seu futuro próximo:

“... fiquei frustrado. Esperava alguma resposta ou explicação que não veio... sinto que o interesse é deles e o paciente não fica sabendo de nada... fiquei desapontado...” (sic)

O anseio e a expectativa criados pelo paciente não encontra abrigo no discurso médico durante a visita. O conteúdo da visita e a discussão que se segue sobre o caso muitas vezes não satisfaz a sua necessidade de informação e esclarecimento. Essa situação contribui para o enfraquecimento do vínculo médico-paciente.

Alguns pacientes, entretanto, percebem o objetivo didático da visita sem que isto interfira ou comprometa o seu tratamento:

“... parece uma aula dada aos médicos novos... discutem com quem sabe mais, os outros vão aprendendo...” (sic)

Trata-se de uma percepção neutra, que não interfere no vínculo médico-paciente e não desperta sentimentos conflitantes.

A minoria absorve do discurso médico empregado durante a visita informações satisfatórias a respeito de sua internação, da investigação e da situação atual:

“... entendi que eles descobriram a causa da minha febre e da infecção de urina... peguei uma infecção muito grande, por causa disso perdi a função renal...” (sic)

Esta percepção atende as expectativas do doente, preenche as suas necessidades, traz confiança e fortalece o vínculo médico-paciente. Ao contrário do que se poderia supor, esta percepção não está ligada à escolaridade do paciente (aliás uma dessas falas é de um paciente analfabeto...), mas à conduta da equipe médica durante a visita.

Além do material analisado seguindo o Método do Discurso do Sujeito Coletivo, podemos destacar outras percepções que não puderam ser classificadas. Contudo, elas são bastante ilustrativas sobre o efeito causado no paciente pelas visitas médicas:

“Acho que eles não deveriam ter colocado um rim sujo. Foi negligência médica. Por que colocaram esse rim sujo? Será que não dava para lavar o rim e depois colocar? O doutor falou que o doador tem 60 anos e demorou muito para fazer o transplante.” (sic)

Estes relatos mostram o entendimento do paciente a partir do comentário da equipe médica sobre a perfusão inadequada do rim no momento da cirurgia de Nefrectomia (retirada do rim) do doador, a idade do doador e, ainda, o tempo de isquemia (supressão da circulação sanguínea) do órgão. Estes discursos nos mostram dados distorcidos e percebidos como atributos negativos que podem desencadear uma má evolução do transplante; gerando ansiedade e angústia nos pacientes.

Os comentários dos profissionais são pertinentes a uma discussão médica e irrelevantes ao paciente devido a seu efeito iatrogênico.

Conclusão

Pelo estudo que realizamos, ficou claro que a visita médica tal como é geralmente conduzida é percebida pelo paciente de maneira ambígua e conflitiva, confirmando achados de estudos anteriores em nosso meio.

Os aspectos positivos levantados referem-se ao fato de estarem sendo assistidos por uma equipe, recebendo atenção e cuidados acerca de sua doença. Os pacientes sentem-se amparados ao perceberem a equipe preocupada em conduzir o tratamento da melhor maneira possível e empregando todos os recursos disponíveis.

Em contrapartida, a linguagem médica utilizada não atende à necessidade de informação do paciente e dificilmente é compreendida, o que desperta sentimentos desagradáveis.

Deve-se ressaltar que a condição de hospital-escola e o tipo de atendimento prestado, onde há vários profissionais envolvidos com o mesmo paciente, dificultam o estabelecimento de relações estáveis entre o paciente e seu médico.

Salientamos que a visita envolve a visão do médico sobre o paciente e sua doença, que atende apenas ao objetivo didático, e a do paciente, que busca o aspecto estritamente assistencial.

Para a melhoria da situação de visita médica, o ideal seria a fusão destas duas visões. Sem prejudicar o objetivo didático, mas privilegiando um espaço para o esclarecimento de dúvidas, o paciente ficaria mais informado e participante do tratamento.

Se bem utilizada, a visita constitui um instrumento para trazer inúmeros benefícios ao paciente, ampliando sua capacidade de entender o que está

ocorrendo e assumir responsabilidade pelo seu tratamento. A satisfação de sua necessidade básica de informação e interação com a equipe médica pode melhorar a sua aderência ao tratamento.

Brescia e Quayle (1998), em seu estudo sobre este tema, teceram breves sugestões valiosas sobre o aperfeiçoamento da prática da visita médica, para que ela possa trazer mais benefícios ao paciente. Cabe aqui lembrá-las:

- chamar o paciente pelo nome
- evitar discussões sobre os aspectos diagnósticos e terapêuticos, principalmente os polêmicos
- orientar os profissionais para restringir as discussões somente ao necessário
- oferecer ao paciente as informações imprescindíveis, em linguagem acessível, para que ele possa entender e participar
- evitar a crítica à conduta de outros profissionais durante a visita.

Complementando estas sugestões, podemos citar a recomendação que é feita pelo CREMESP (cit. in apud Quayle, 1998, p. 64):

“Aos médicos, professores e estudantes que durante suas preleções, aulas ou observações, abstenham-se de comentários além dos exigidos para obtenção dos dados anamnéticos e semióticos indispensáveis, reservando-se para, em separado, (proceder) a discussão do caso, diagnóstico diferencial, hipótese diagnóstica, terapêutica e o prognóstico, além das considerações supra citadas, a fim de evitar o constrangimento que tal prática possa acarretar.”

REFERÊNCIAS

- Almeida, R.O. (1997). Saúde e Educação: A medicina homeopática. *Revista de Homeopatia – APH*, 59(2), 52-57.
- Balint, M. (1984). *O médico seu Paciente e a Doença*. RJ – SP, Atheneu.
- Brescia, S., & Quayle, J. (1997). A percepção do paciente em relação à visita médica num hospital-escola: Estudo exploratório. *Revista de Educação Médica*, 21(2/3), 36-43.
- Capisano, H.F. (1966). Relação médico-paciente. *Revista de Medicina*, 50, 85-92
- Cataldo, A., Vilas Boas, P., Martins, F.P., Bridi, L.O, Martinho, M.M. Amaral, P.C.M., & Machado, R.C.A. (1996). A informação retida pelo paciente: Estudo em um hospital-escola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 20(2/3), 19-25.
- Ferrari, H., Luchina, N., & Luchina, I. (1971). *La Interconsulta Médico-Psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires: Ediciones Nuevas Visión.
- Lefèvre, F., & Lefèvre, A.M.C. (1999). *Novas Abordagens Metodológicas em Pesquisa Qualitativa*. São Paulo: Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública.
- Lima Filho, M.T.(1988). Visitas gerais à beira do leito: Prática a ser mantida ou abandonada? *Revista Paulista de Medicina*, 106(1), 5.

Luz, P. (1988). Formação médica e pesquisa: Bases da realização profissional em medicina. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*, 18(4), 133-144.

Machado, S., Ceitlim, L., Schneider, F., Soibelman, L., Piltcher, R., Alberti, W., Gis, G., Vasconcellos, M.C., Caleff, L., Rocha, D., Benia, L., Lorenzon, L., & Pultcher, O. (1992). Percepções do Paciente a respeito de sua doença: Estudo Piloto. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 38(2), 80-84.

Melo, J.M.S. (1974). *A medicina e sua história*. Rio de Janeiro: EPUC.

Oliveira, A.B. (1981). *A evolução da medicina*. São Paulo: Atheneu.

Pinto, L.F. (1993). *Ética, a medida de todas as coisas*. Bahia: Publicações do CRM.

Pita, A. (1990). *Hospital dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.

Quayle, J., Kahhale, S., Sabbaga, E., Neder, M., & Zugaib, M. (1998). Opiniões de gestantes hipertensas internadas sobre a visita médica e a internação: Estudo preliminar. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 9(2), 61-65.

Rohde, L., Palm, E., Carvalhal, G.F., Caramori, M.L., Brunstein, C.G., Caramori, C.R., & Prolla, J.C. (1990). Avaliação num hospital universitário do nível de informação que os pacientes possuem sobre sua internação e a doença. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 10(3), 134-140.

Sandler, P.C. (1971). A relação médico paciente. *Revista de Medicina*, 55(1), 59-68.

Souza, M.L.R. (1992). O hospital: Um espaço terapêutico? *Percurso*, 2(9), 22-28.