

RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE E DIAGNÓSTICO  
GASTRENTEROLÓGICO INTENSIVO\*

A. Gimestal-Cruz e Anabela Cardoso

Serviço de Medicina 2, Hospital de Santa Maria. Lisboa. Hospital Miguel Bombarda. Lisboa. Portugal.

RESUMO

A rápida evolução tecnológica da Gastreenterologia na última década trouxe consigo alterações profundas dos quadros tradicionais da relação médico-doente. Tal como noutras campos da medicina, à actual promessa de rigor e rapidez de diagnóstico não tem correspondido a preocupação de obviar aos riscos humanos inerentes, no médico e no doente. Com base nas premissas de que o progresso da tecnologia médica não deve ser recusado nem aceite a qualquer preço, os AA. salientam, a partir da sua experiência de trabalho de equipa hospitalar, a necessidade de preservar a relação médico-doente em cada etapa do diagnóstico gastreenterológico intensivo. A complementaridade da psicoterapia e da pré-medicação, neste novo contexto, deve ser objectivamente avaliada. A experiência preliminar de uma abordagem psicológica num grupo de doentes ictericos estudados por colangiografia endoscópica, pode constituir um exemplo metodológico adequado a ensaios prospectivos. A influência de factores psico-sociológicos múltiplos terá de ser considerada nas conclusões e na comparação com outros estudos recentes. Tornam-se necessários programas pré e pós-graduados de psicoterapia e reuniões multidisciplinares a nível hospitalar, incluindo psiquiatras, cirurgiões e internistas, que permitam manter a evolução tecnológica nos limites de uma medicina humana e individualizada.

Tal como noutras disciplinas médicas, a evolução tecnológica da Gastreenterologia processou-se de forma explosiva nos últimos dez anos. O aparecimento da era endoscópica, da *era do diagnóstico a céu aberto* geralmente tomada como padrão qualitativo da gastreenterologia moderna,<sup>1</sup> trouxe consigo profundas modificações dos quadros tradicionais em que se processava a Relação Médico-Doente. As reflexões que se seguem pretendem abordar alguns aspectos e condicionalismos particulares dessa relação inter-individual no contexto evolutivo das técnicas de diagnóstico gastreenterológico intensivo.

As consequências imediatas desta evolução traduziram-se, por um lado, na *promessa* de objectividade e rigor de diagnóstico e, por outro, no *risco* de desumanização dos múltiplos actos médicos inerentes à realização das técnicas.

A promessa está em grande parte realizada e traduzida num expressivo volume de informação médica, enquanto, há que reconhecê-lo, o risco correspondente não tem merecido a necessária atenção da literatura gastreenterológica ou psiquiátrica.

Destes dois planos de realidades contraditórias, promessa/informação e risco/omissão, resulta a necessidade de aceitarmos o desafio actual: tentar compatibilizar e enquadrar as técnicas gastreenterológicas intensivas nos limites e valores de uma *Medicina Humana*.<sup>2</sup>

\* Em parte, tema de comunicação ao I Simpósio de Medicina Psicossomática. Lisboa, Dezembro 1979.

## ATITUDE DO MÉDICO FACE ÀS TÉCNICAS

É necessário um esforço de análise das atitudes do Médico face às técnicas que executa e que constituem o seu elo prático e quotidiano com o Doente.

Introduziremos essa análise com duas premissas. A primeira é de que seria um erro grave *recusar o progresso* que a tecnologia trouxe ao diagnóstico e as decisivas implicações terapêuticas daí resultantes. Servir-nos-emos de duas citações exemplares<sup>1</sup> para concretizar o que pode ser esse erro de visão, inerente a um certo conservadorismo médico que é de todos os tempos. Em 1834, 15 anos depois de Laennec ter inventado o estetoscópio, escrevia-se sobre ele no *The Times* de Londres: *É extremamente duvidoso que o seu uso venha a ser generalizado... porque causa considerável incômodo ao doente e ao médico; porque o seu aspecto e carácter são estranhos a todos os nossos hábitos e associações.* Também o fibroendoscópio que, em 1971, foi definido como *...esse dispendioso pedaço de spaghetti iluminado*, não escapou ao mesmo cepticismo, aqui atenuado por um inegável sentido de humor.

A segunda premissa é de que *aceitar o progresso* não implica aceitá-lo a qualquer preço. De uma Mesa Redonda da O.M.S. significativamente debruçada sobre a *Protecção dos Direitos Humanos* transcrevemos um trecho da intervenção de Pierre-Marie Herzog, responsável do pelouro de Filosofia da UNESCO: *A Medicina Ocidental — pesem embora as suas grandes conquistas — é uma medicina muito dispendiosa, que só timidamente tenta não o ser. Ela é, neste aspecto, o reflexo do imperialismo dos melhores grupos de investigação que avançam sem se preocuparem muito com a situação objectiva da prática médica corrente.*<sup>1</sup>

Extrapolando para o nosso tema poderíamos afirmar que esse avanço se preocupa também muito pouco com o seu preço humano no Médico e no Doente e, portanto, na Relação Médico-Doente.

É uma crítica dura mas que merece reflexão.

Na verdade, a utilização de técnicas cada vez mais discriminativas e sofisticadas cria um certo tipo de mitologia que é vivida e, muitas vezes, assumida, consciente ou subconscientemente, pelo médico-técnico.

Da nossa experiência pessoal de trabalho de equipa hospitalar poderemos sublinhar dois mitos mais frequentes:

- o das técnicas como terreno de *competição individual* entre os que as utilizam, traduzida na *iconolatria* de que falava o Prof. Debray e na preocupação mais pelas taxas de êxito e análises estatísticas comparadas do que pelas suas implicações na vida de cada doente em que são utilizadas;
- o da sua aplicação em *abordagem múltipla, indiscriminada* e então verdadeiramente agressiva, pois pode literalmente *esmagar* o doente antes ou em vez de lhe trazer a desejada solução terapêutica.<sup>1</sup>

## RELAÇÃO MÉDICO DOENTE NA PRÁTICA GASTROENTEROLÓGICA

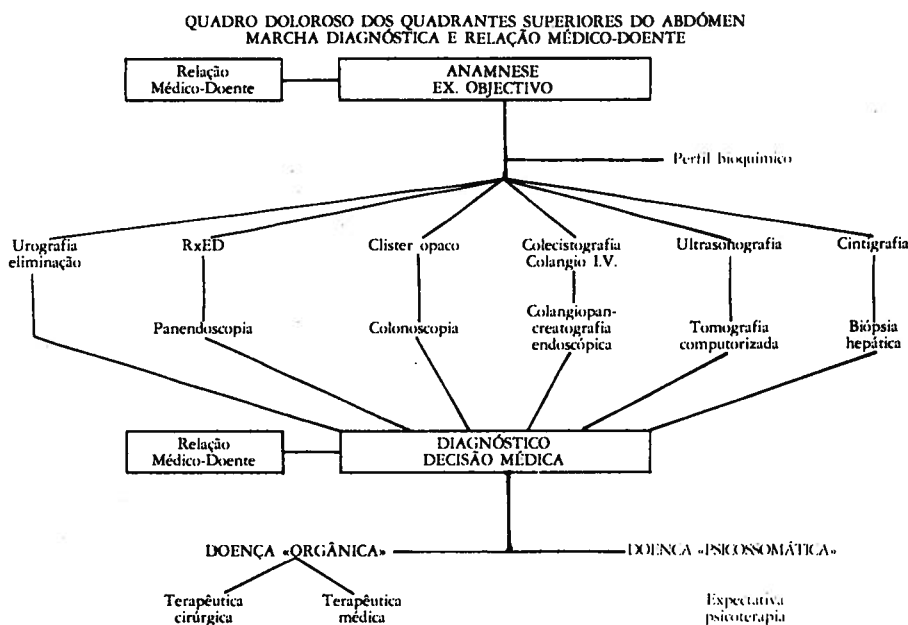
Vejamos um exemplo comum da prática gastroenterológica: o *quadro doloroso persistente dos quadrantes superiores do abdómen* (Quadro 1).

Na sucessão de caminhos e etapas de investigação que tantas vezes é necessário percorrer num mesmo doente antes do diagnóstico afirmativo ou de exclusão, e da decisão terapêutica... Qual o lugar para a Relação Médico-Doente?

Limitá-la à relação tradicional na primeira etapa, a Anamnese e o Exame Objectivo iniciais, e na Síntese Diagnóstica e Terapêutica finais? Pensamos que não. Nas etapas intermédias do diagnóstico gastroenterológico intensivo, potencialmente múltiplas e prolongadas no tempo, surgem riscos que não devem ser minimizados. Por um lado, a interrupção da relação médico-doente que pode resultar da dispersão de contactos

do doente com a equipa médica multidisciplinar e a consequente dificuldade de manter o nexu lógico de mensagens diversas ou até contraditórias que atingem o doente. Esta interrupção conduzirá à rotura iminente se for agravada por uma efectiva desumanização dos actos médicos inerentes às sucessivas técnicas utilizadas com a marginalização progressiva do *individuo-doente* face ao *órgão* ou *órgãos-doentes*.

Quadro 1  
 A multiplicidade e complexidade de etapas alternativas ou complementares de diagnóstico intensivo obrigam a repensar a relação médico-doente, tradicionalmente limitada ao exame inicial e à decisão terapêutica



Por outro lado, quanto mais grave e complexa é a doença, mais profunda é a vivência regressiva do doente e maior o risco de os protocolos intensivos de diagnóstico se tornarem agressivos e humanamente inaceitáveis. Se a relação médico-doente não for preservada em cada uma das etapas intermédias, corre-se o risco, já não só de ordem humanista mas pragmática, de recusa e abandono do doente em qualquer momento. E este pode ser afinal o do encontro da solução terapêutica... Seremos, então, responsáveis por termos levado o doente a refugiar-se noutras formas mais graves, embora menos aparentes, de agressão, traduzidas em atitudes passivas que esquecem ou retardam o esclarecimento diagnóstico e a possibilidade de decisão terapêutica útil e em tempo.

O equilíbrio da balança de positivos-negativos do Diagnóstico Gastrenterológico Intensivo dependerá, portanto, da nossa capacidade de preservarmos a Relação Médico-Doente em todas as etapas do diagnóstico.

Para isso o médico terá de saber utilizar duas perspectivas ou duas soluções potenciais de que dispõe: a *Psicoterapia* e a *Farmacoterapia*. Como fazê-lo na prática?

## METODOLOGIA DE ABORDAGEM EXPERIMENTAL

### *Resultados e Discussão*

A escassez que referimos de informação médica neste campo, levou-nos a ensaiar uma abordagem preliminar e experimental do problema. Partimos de uma amostragem de 50 doentes hospitalares em que foi posta indicação para colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) por icterícia colestática.

O protocolo prospectivo, destinado à colheita de elementos clínicos de diagnóstico diferencial a submeter a análise por computador e por especialistas,<sup>6</sup> incluiu entrevistas prévias e posteriores à execução da técnica em cada doente estudado.

Durante as entrevistas e para além do preenchimento do questionário diagnóstico, procurámos analisar aspectos psicológicos do doente, ligados por um lado ao grau de compreensão e aceitação do exame (entrevista prévia) e por outro ao tono afectivo da recordação do mesmo e do médico que o executara, assim como da necessidade sentida de informação do resultado (entrevista posterior). Não se tratando de um inquérito sistematizado e programado com este objectivo, pretendemos unicamente deduzir uma proposta de análise das perspectivas psico e farmacoterapêuticas e desenhar, sem preocupações de rigor estatístico, alguns contornos das reacções psicológicas dos doentes face às técnicas e aos médicos que as executam (Quadro 2).

Se pretendermos extrapolar as informações obtidas para a prática quotidiana e generalizar as suas implicações, importará considerar que esta abordagem pelo próprio médico-técnico constitui já por si um modelo de atitude psicoterapêutica que, de forma alguma reproduz as condições médias de relação médico-doente, habitualmente cheias de lacunas afectivas e informativas na execução de técnicas diagnósticas em meio hospitalar.

Por outro lado, a eficácia reconhecida da pré-medicação farmacológica (que modifica a memória do exame e o torna bem tolerado pela larga maioria dos doentes) é um dado de valor apriorístico que condiciona a natureza das respostas pós-exame.

Considerados estes factores limitativos da entrevista psicológica, a avaliação do papel, que cremos real e decisivo, da Psicoterapia no contexto das técnicas intensivas e o diagnóstico objectivo das lacunas existentes no diálogo médico-doente, poderão tornar indispensável a condução das entrevistas por observadores independentes não-médicos, embora seguindo uma metodologia e parâmetros sobreponíveis aos que utilizámos.

A análise detalhada de um estudo deste tipo e o seu confronto com trabalhos pioneiros recentes neste campo,<sup>7</sup> exigem igualmente a consideração de múltiplas variáveis, particularmente de ordem sociocultural.

Nos condicionalismos conhecidos do nosso meio hospitalar, tanto no que respeita aos médicos (horário parcial, instabilidade de motivações profissionais, tecnicismo incipiente ou diletante) como aos doentes (baixo nível cultural e crítico, passividade), um ensaio prospectivo como o que delineámos poderá ser uma forma de obrigar os primeiros a maior reflexão e auto-crítica e os segundos a maior exigência, e justificar o tempo gasto e o esforço despendido.

Para isso um dos hiatos a preencher com urgência é o de facultar a médicos e para-médicos a formação pré- e pós- graduada indispensável ao domínio dos métodos psicoterapêuticos e de compreensão psicológica.<sup>8</sup> Só deste modo será possível repensarmos a nossa atitude como profissionais de saúde e criarmos uma relação de igual para igual entre indivíduo-médico e indivíduo-doente, de modo a que a compreensão da doença e dos meios de diagnóstico e tratamento seja vivida em conjunto por ambos.

O problema põe-se ainda com maior acuidade nos níveis de diagnóstico em que, para além do elemento humano, se interpõe todo um arsenal técnico e instrumental, potencialmente agressivo para o doente. Neste contexto, mais importante se torna

## SUMMARY

*DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP AND INTENSIVE GASTROENTEROLOGICAL DIAGNOSIS*

Technological evolution in Gastroenterology has brought deep changes to classical doctor-patient relationship. Like in other medical fields, the promise of a faster and more accurate diagnosis has not yet been balanced with a sharp concern about its human risks, both in doctors and patients.

Based on the premises that progress in medical technology should not be refused as much as it should not be accepted at any price, the AA. emphasize, from their own experience of hospital team work, the need of a doctor-patient relationship extended beyond initial and final interviews and preserved along every step of intensive gastroenterological diagnosis. Complementary roles of psychotherapy and pre-medication, in this context, should be objectively evaluated. Preliminary experience from a comprehensive psychological approach in a selected sample of patients with jaundice studied by endoscopic cholangiography is suggested as a suitable methodology for prospective trials. Conclusions and comparisons with recent works in this field need to consider influence of multiple psychosociological factors.

Pre- and post-graduate courses on psychotherapy and implementation of multidisciplinary hospital groups, including psychiatrists, surgeons and internists, should be primary steps to keep an ever increasing medical technology within the limits of an humanistic medicine, acceptable both for doctors and patients.

## BIBLIOGRAFIA

1. KERN JR F: Clinical Training in Gastroenterology: A Proposal for Restoring Balance. *Gastroenterology* 1979; 76, 6: 1489.
2. BARAHONA-FERNANDES H: Medicina Humana, in «No signo de Hipócrates», vol. 3, Ed. Liv. Luso-Esp., Lisboa, 1969.
3. SCHILLER FR, SALMON PR: Modern Topics in Gastrointestinal Endoscopy. Ed. Londres, 1976.
4. VILARDELL F: Ethical Problems in the Management of Gastroenterological Patients. *Scand J Gastroent* 1977; 12, suppl. 47: 32.
5. LANCET (Editorial): Non-Invasive Methods for Diagnosis of Jaundice. *Lancet*, 1979; 2: 18.
6. GINESTAL-CRUZ A, THEODOSSI A, KNILL-JONES R, WILLIAMS R, CAMILO E, VIEIRA R, PINTO-CORREIA J: Diagnóstico por Computador «versus» Diagnóstico Clínico Clássico da Ictericia Colestática. Estudo Prospectivo em 55 doentes. Reunião Anual da S.P.G.E., Coimbra, Junho 1980.
7. HAWKINS C: Patients' Reactions to their Examinations: a Study of 504 Patients. *Br Med J* 1979; 2: 638.
8. CORTESÃO EL: Compreensão Psicológica e Psicoterapia: *Saúde Mental* 1974; 20: 5.
9. BALINT M: The Doctor, His Patient and Illness. Ed. Pitman, Londres, 1957.

Pedido de separatas: *A. Ginestal-Cruz*  
*Serviço de Medicina 2*  
*Hospital de Santa Maria*  
*1600 Lisboa — Portugal*

saber lidar com a nossa própria auto-suficiência e agressividade, aprofundar o conhecimento de nós próprios para melhor compreendermos e ajudarmos os outros. Em termos psicanalíticos, importa afinal reconhecer e controlar os fenómenos de transferência e contra-transferência que são a base, para muitos inconsciente, da relação médico-doente.

A este conjunto de objectivos explicitados de forma sumária terá de corresponder uma activação a curto prazo de programas de pré-graduação e, como aliás há muito vem sendo defendido,<sup>9</sup> de reuniões multidisciplinares integrando internistas, cirurgiões e psiquiatras (cuja preparação particular neste domínio lhes permitiria um papel moderador e dinamizador), que tornem possíveis o encontro de experiências diversas e a procura de linguagem e soluções comuns.

#### Quadro 2

*Os resultados obtidos nas entrevistas pré-e pós-exame numa amostra de doentes hospitalares sugerem a utilidade e complementaridade da psicoterapia e farmacoterapia*

### PROPOSTA DE MÉTODO DE ANÁLISE DAS REACÇÕES DOS DOENTES ÀS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO

Material: 50 doentes (33 homens 17 mulheres)

Problema clínico: Icterícia colestática

Técnica de diagnóstico: Colangiografia endoscópica

#### 1. ENTREVISTA PRÉ-EXAME

- **Relação Humana**
- **Explicação da Técnica**
  - 80% Aceitação passiva/reticente
  - 20% Aceitação activa
  - 0% Recusa

#### 2. ENTREVISTA PÓS-EXAME

Avaliação de:

- **Recordação do médico**
  - 40% Simpatia/gratidão
  - 60% Indiferença (20% amnésia)
  - 0% Hostilidade
- **Memória do exame**
  - 70% bem tolerado
  - 10% mal tolerado
  - 20% amnésia
- **Informação do resultado**
  - 40% Curiosidade
  - 40% Reserva
  - 20% Ansiedade

### CONCLUSÕES

1. Necessidade de enquadrar a evolução tecnológica da Gastrenterologia numa *Medicina Humana*.

2. Criar as condições de aprendizagem pré- e pós-graduada dos métodos de compreensão psicológica do doente e do próprio médico-técnico.

3. Preservar a Relação Médico-Doente e compatibilizá-la com cada etapa do diagnóstico intensivo.

4. Ultrapassar o empirismo do *bom-senso* e ensaiar métodos de análise objectiva do papel da psicoterapia e da farmacoterapia no actual contexto da tecnologia médica.

O que propomos são afinal pontos de partida e não respostas ou pontos de chegada. Foi esse o nosso objectivo.

Esperamos o seu desenvolvimento em iniciativas futuras. O Simpósio de Medicina Psicossomática terá, então, sido um primeiro e salutar passo para preencher o vazio existente.