

ASSIMETRIA COMUNICATIVA NA RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES NA HISTÓRIA DA CULTURA OCIDENTAL: UM BREVE ESTUDO

Camila VASCONCELOS

RESUMO: Abordamos a assimetria e a deficiência comunicativa na relação entre médicos e pacientes até o surgimento da Bioética. Da Antiguidade com a medicina mítica seguimos à racionalidade grega tratando da superioridade médica no domínio do saber. Ao medievo, com representação médica como instrumento da vontade divina e a relação entre saúde/doença como mérito/castigo. Ao renascimento e iluminismo com a primazia da razão e valorização do saber, e à transformação positivista da clínica no séc. XIX. Em seguida ao progresso científico-tecnológico no séc. XX, e à teorização da Bioética, um espaço de reflexão e discurso na busca da simetria na relação.

Palavras-chave: Bioética, Relação entre médico e paciente, assimetria.

1. Antiguidade: da medicina mítica à racionalidade grega

O cuidado à beira do leito e a fidúcia entre médicos e pacientes já se fazia presente na Antiguidade, quando havia uma forte crença na ligação entre os humores da saúde humana e os humores dos deuses, época em que o exercício médico adotava meios peculiares de apresentação de diagnóstico e tratamento para a tentativa da cura: observação física do paciente seguida do assinalar da provável existência de doença que - enquanto mera consequência de atos anteriores - carecia da busca pelos erros cometidos pelo doente com o intento de identificação da entidade mítica contrariada a que se deveria recorrer, evocando-se, a ela, a restauração da saúde. Percebemos, neste

momento, a representação social do médico enquanto pessoa capaz de interagir com os deuses à procura da restauração da saúde dos pacientes.

Para tal busca de evidências do erro ocorrido havia o cuidado médico no interrogatório, diálogo e na atenção às respostas do paciente, indispensáveis e fontes de conhecimento acerca da moléstia de modo completo. Assim, paciente e médico empenhavam-se nos rituais em busca da cura, ainda que em parceria assimétrica tendo em vista o papel de superioridade do médico devido à sua capacidade de “relação” com entes superiores, inacessível e misterioso ao paciente.

Ainda na Antiguidade, na Grécia, surge com enorme destaque um marco ao exercício da medicina: são trazidas reflexões lógicas à prática médica, com a inserção do pensamento racional que provocou a busca pelo entendimento fático acerca das doenças em detrimento da relação direta entre estas e as crenças mitológicas. Hipócrates, nascido no século V a.C em Cós, ilha da Grécia, a quem é atribuída a valorização deste novo olhar sobre a medicina, preocupava-se com o raciocínio lógico acerca dos fatos e doenças, interpretando racionalmente suas observações. Desta maneira, seu intuito de examinar minuciosamente os fatos naturais envolvidos na moléstia acometida provocava uma aproximação ao paciente, numa busca intensa sobre sua vida e tarefas diárias. Daí a idéia hipocrática do caráter insubstituível do interrogatório, proporcionado por um extenso encontro.

No Juramento atribuído a Hipócrates podemos notar a importante característica desta medicina racional: “Aplicarei os regimes para o bem do paciente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”. Encontramos, nesta passagem, a valorização do “entendimento”, ou seja, do “conhecimento” médico na prática, e, ainda, a defesa da relação com o paciente voltada ao bem cuidar e à ética.

Neste sentir-se enquanto “cuidador”, teria o médico grego reivindicado autoridade quanto ao que considerava ser “o bem” do paciente, uma característica paternal que hoje denominamos de “paternalista”, e que provocou duas nuances na relação entre médico e

paciente. A primeira, relacionada ao próprio “bem”, de modo que competia ao bom médico, o “*pater*”, conhecer. Ele, médico, julgava o que era considerado verdadeiramente bom para o paciente, remetendo a esta sua concepção todos os seus cuidados à beira do leito. A segunda nuance é referente ao “poder” portado pelo médico, “poderoso” perante a doença tendo em vista o conhecimento que portava o que nos mostra mais uma vez a assimetria que se mantinha na relação deste médico com o paciente.

2. Doença e pecado na Idade Média: retorno do médico como instrumento da vontade divina

Outra fase da história também marcou a relação entre médicos e pacientes: a Idade Média. Esta fase inicialmente destacou-se pela associação da doença ao “pecado”, conceito este oriundo do Cristianismo. Ao defender inicialmente a valorização da doença como uma provação justa ao alcance da salvação (GÉLIS, 2008), o Cristianismo chega primeiramente a se indispor aos atos médicos, considerando-os como recursos através dos quais poderia ser evidenciada a exata falta de fé na cura divina. Entretanto, terminou por associar os cuidados à saúde em busca da cura à “caridade”, também um conceito cristão, e por vislumbrar a atividade do médico como uma criação divina, passando-se a interpretar o médico como um instrumento de Deus.

A relação entre médicos e pacientes neste momento então se permeou de completa crença na cura pela fé, em que o paciente observava o médico como meio de exteriorização da vontade de Deus, e, além do pedido de misericórdia aos céus, entregava-se aos cuidados médicos com confiança, religiosidade e aceitação perante o cuidado “paternal”.

Ainda seguindo estas características da relação, em um segundo momento na Idade Média, quando presente o renascimento comercial e urbano, deu-se a chegada da idéia do “humanismo”, que incitou reflexos sobre a medicina ao iniciar lentamente um

processo de laicização em uma conjuntura de valorização da literatura antiga, do estilo claro e da percepção da natureza humana, que se distanciava de interferências religiosas por mais que não pretendesse exatamente contestá-las.

Neste momento da história foi provocada uma modificação da visão de mundo até então predominante, não mais se aceitando incontestadamente a teoria da vida como uma revelação da vontade divina, dando-se importância às ações e vontades humanas, valorizando-se as pessoas como importantes peças ativas nos acontecimentos (PERRY, 2002). Em sequência, a medicina aprofunda seus conhecimentos e mantém especial atenção ao interrogatório aos pacientes mesmo com o desenvolvimento das técnicas médicas (SOURNIA, 1995).

3. Renascimento e Iluminismo: primazia da razão e a valorização do saber no plano mundano

Após a chegada do Renascimento cultural, da Revolução Científica e do Iluminismo, inicia-se a valorização do conhecimento na sociedade, que se refletiu na medicina. Isto provocou o crescente anseio médico na busca pelas possibilidades curativas e busca por instrumentos materiais para o auxílio no diagnóstico, época de invenções e descobertas significativas a exemplo do microscópio e da vacina.

Dentre as novas posturas sociais preconizadas nesta ocasião está a valorização do indivíduo enquanto pessoa independente, capaz de refletir sobre si e de enfrentar autoridades, o que ensejava a superação de crenças. Todavia a tentativa de transformação do pensamento social e o avanço cultural tardaram a alcançar profundamente as camadas populares, e, no que se refere à postura do paciente não podemos defender que teria havido modificações significativas em sua relação com o médico, já que ao povo ainda era comum a dependência às crenças e o pensamento de que a morte e o “Juízo Final” não tardavam a chegar.

Ressaltamos que a relevância dos direitos civis apenas se apresenta fortemente no séc. XX com o movimento dos Direitos Humanos, e que neste momento ainda mantiveram-se a assimetria e a falta de troca de informações entre médicos e pacientes. Destarte, mesmo com visões de mundo inovadoras na sociedade, a comunicação na relação permaneceu deficiente, sem criação de independência ou desconstituição da subordinação do paciente – este não participativo em decisões atinentes aos tratamentos realizados em seu corpo.

Dado início do processo de cientificização da medicina em meados do séc. XIX com a introdução da experimentação observacional, o caráter de “arte” médica é relativizado, e esta passa a comparar características sobre doenças e especificidades entre pacientes. O hospital, antes estabelecimento de caridade, adquire cunho de instrumento terapêutico destinado ao tratamento de doenças, onde também ocorrem observações e realização de estudos, passando paulatinamente a ser identificado como instituição médica, tanto voltada a cuidados, quanto à formação e transmissão do saber (FOUCAULT, 1979).

O médico adquire “prestígio de cientificidade”, o que transmite à sociedade uma significação de força e capacidade frente aos males da saúde, dando início à impressão de “poder científico do médico”, que é somado à assimetria na relação estabelecida com o paciente, e a prática médica se altera: não somente os interrogatórios e o contato próximo são os principais meios de busca pelo diagnóstico, sendo acrescentados instrumentos e descobertas como o termômetro, o estetoscópio, e os raios X.

Historicamente ainda não é este o momento de distanciamento efetivo entre o médico ao paciente, sendo mantida a observação no leito. Porém é um momento de atenção para o reflexo das modificações da medicina na relação entre médicos e pacientes visto que, mesmo com o acréscimo de inovações da ciência, foi mantido tanto o paternalismo quanto a deficiência comunicativa, ambos não permitindo a partilha de informações e a participação do paciente na prática médica, que já se cientificizava.

4. Progresso científico-tecnológico: intervenção desmedida no séc. XX

Entre fins do século XIX e início do século XX em diante que a medicina expande-se após a fascinante inserção da tecnologia e das invenções que já vinham envolvendo o exercício da clínica, e, seguindo a esta evolução, a ciência inova incorporando ao seu progresso a “biotecnologia”.

Com o estímulo do progresso científico juntamente à análise prática das partes do corpo humano e a especialização (JASPERS, 1987), a medicina passa a permitir-se turvar os olhos ao essencial: a pessoa do paciente em sua totalidade (FAURE, 2008). De tal modo, as inovações introduzidas na clínica distanciaram paulatinamente o contato personalíssimo entre médicos e pacientes, que não se assegurou devido à falta de uma efetiva comunicação na relação. Neste rumo, a admissão de instrumentos e tecnologia na busca de diagnósticos, quando por si só suficientes, passaram a forjar uma legitimação para o distanciamento entre os sujeitos da relação, distanciamento este que seguiu e mantém-se no século XXI, permitindo-se, inclusive, a sobreposição da busca por informações objetivas em detrimento de informações subjetivas acerca dos pacientes no exercício da clínica (LORENZO, 2002).

Destacamos três questões importantes. A primeira é que com a incorporação da ciência e tecnologia como novos meios para o diagnóstico, deu-se a redução do significado “único e especial” do interrogatório, reduzindo-se, inclusive, o tempo de permanência do médico ao leito, o que trouxe o risco da ocorrência de execução mecânica da prática médica, ou seja, sem respeito à individualidade da “pessoa” paciente, com distanciamento e/ou coisificação do corpo e desumanização da medicina (GAFO, 1996).

A segunda questão é que a sociedade deslumbra-se diante das novas técnicas e do “poderio” frente à doença, criando expectativas na medicina, que, entretanto, efetivamente não se aplica de modo objetivo e previsível como as ciências exatas, ainda que tecnologizada. É gerada, assim, uma idealização de cura. A terceira é o risco de cometimento de excessos, visto que a pouca troca de informações entre médicos e pacientes juntamente à capacidade humano-interventiva das novas técnicas passaram a ser arriscadas na medida em que muitas delas são invasivas ou mesmo irreversíveis, e o maior agente para tal risco era mesmo a manutenção da deficiência comunicativa entre médicos e pacientes.

Após a Segunda Grande Guerra Mundial são reveladas as conseqüências do progresso científico-tecnológico como intervenção humano-biológica desmedida na pesquisa médica. As atrocidades contra a dignidade humana nazistas, que diziam realizarem-se “em nome da ciência” e do “progresso”, fizeram com que a sociedade percebesse que em mãos despreocupadas com a ética a ciência poderia ser usada em prol de intervenções maléficas à humanidade. Tais eventos provocaram no momento desconfiança na medicina já que, de fato, diversos “médicos” participaram dos absurdos nazistas, sendo estes profissionais aqueles que estão, ao mesmo tempo, envolvidos tanto no contexto da pesquisa quanto no da assistência.

Contra esta intervenção desmedida na pesquisa decorreram-se o Código de Nuremberg em 1947, a Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948 e a Declaração de Helsinque em 1964, documentos que terminaram por enfatizar o respeito à dignidade da pessoa humana e a igualdade de direitos entre os “sujeitos” independentemente de sua posição social – uma mentalidade sócio-política que dava início a um despertar de consciência individual e coletiva na história.

Entretanto, não inibiram episódios em contrariedade a estes ideais como, por exemplo, os apontados em 1966 pelo médico anestesista Henry Beecher em sua publicação “Ethics and clinical research”, que demonstrou não ser, a imoralidade, exclusiva aos médicos nazistas (DINIZ & COSTA, 2006). No mesmo sentido o caso Tuskegee em

1972, que revelou a ocorrência de pesquisas em contrariedade à ética em sujeitos vulneráveis.

5. Início da teorização da Bioética: um espaço de reflexão

No bojo do processo histórico de defesa dos direitos civis trazida pelo movimento político-social dos anos 60 e 70 do século XX, foi imposta à relação entre médicos e pacientes o direito do paciente ao recebimento de informações e o dever do médico de fornecê-las, ressaltando-se o direito de participação deste paciente acerca das decisões sobre sua saúde. Desta forma tornou-se intolerável o antigo paternalismo cerceante da autonomia do paciente e a deficiência comunicativa da relação, o que implicou na busca por uma simetria na postura dos sujeitos.

Neste sentido, passou a ser requerida uma interação entre o saber científico do médico e o saber do paciente sobre si mesmo, criando um novo espaço de reflexão ética, centrado, sobretudo, no respeito às individualidades e à autodeterminação dos sujeitos. Foi a este espaço de reflexão que a Bioética - surgida inicialmente ligada a temas sociais, ecológicos e políticos segundo a concepção de Van Rensselaer Potter e a temas ligados às reflexões éticas sobre as novas tecnologias com André Hellegers - ocupou o espaço como proposta de produzir uma relação simétrica entre médicos e pacientes.

A proposta inicial da Bioética para o tema descrito acima teve sua prática formulada na obra *Princípios de Ética Biomédica*, por Tom Beauchamp e James Childress, em 1979, a partir do Relatório Belmont - documento normativo para ética da pesquisa formulado pela Comissão Nacional Para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental, nos Estados Unidos, após os escândalos envolvendo pesquisas com seres humanos nos anos 60 e 70. Aos três princípios eleitos no relatório, Respeito pelas Pessoas, Beneficência e Justiça, os autores acrescentaram o princípio da Não-maleficência e modificaram o primeiro para Respeito à Autonomia. Segundos os autores, estes princípios devem ser verificados *prima facie*, ou seja, têm o mesmo valor

hierárquico e devem ser negociados diante de situações conflituosas reais da relação entre médico e paciente (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002). Este modelo ganhou rápida difusão no mundo e foi conhecido por muito tempo como os “princípios da Bioética”.

Entretanto, logo se iniciaram as críticas quanto à aplicabilidade do modelo principialista em contextos diversos daquele onde foi criado. Ressaltamos dois exemplos destas críticas. A primeira aduz que segundo os próprios autores os princípios foram retirados da moralidade comum americana, o que significaria a presença de um etnocentrismo moral no modelo; a segunda crítica afirma ter sido dada importância muito maior ao princípio da Autonomia devido à inspiração do modelo da filosofia política neoliberal, em detrimento aos demais princípios.

Apesar do conteúdo de críticas como estas serem procedentes, a defesa deste trabalho é no sentido de entender como possível a utilização de princípios na resolução de conflitos surgidos na área médica e no decurso da relação entre médicos e pacientes, entretanto tendo princípios como orientações abstratas para ações após observação das situações fáticas por meio da comunicação entre os sujeitos envolvidos.

Desta maneira, aplicar um princípio sem uma anterior análise contextual apresenta o risco da imposição frente às peculiaridades de outros sujeitos, de forma que somente vemos como possível a aplicação de princípios na medida em que observados não como normas estanques sem contextualização, mas sim como orientação que permite uma reflexão norteadora de ações posteriores.

Isto implica numa definição conjunta entre os envolvidos sobre os significados dos princípios em cada contexto, não havendo outro modo de compreender a constituição dos princípios senão com uma participação consensual entre representantes dos contextos em que serão levados em consideração. A declaração Universal de Direitos Humanos reflete esta participação ampla de diversas culturas para formulação de

princípios, assim como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada em sessão da Conferência Geral da UNESCO por mais de 191 países, e que, em uma atmosfera conjunta de reflexão e consenso, apresentou ao final cerca de quinze princípios norteadores - em sua maioria voltada ao exercício da medicina.

Assim, estas orientações abstratas da Bioética incidem nas relações proporcionando respeito às individualidades e à autodeterminação dos sujeitos. Significa dizer que, por meio de princípios norteadores, a Bioética apresenta-se como um espaço de reflexão que propõe, dentre outros temas, o alcance de uma relação simétrica e comunicativa entre médicos e pacientes.

Considerações finais

Observamos na história a assimetria entre médicos e pacientes e uma comunicação deficiente na relação entre estes que, com a chegada do progresso científico-tecnológico, e na medida em que não eram consideradas a autonomia e a participação do paciente nas decisões sobre sua saúde, passaram a ser intoleráveis devido à possibilidade de atuação desmedida de profissionais na prática médica.

Neste sentido, tendo em vista a necessidade de criação de um novo espaço de reflexão ética, é possível a apresentação da Bioética como este espaço, abrangido, sobretudo, por princípios norteadores. Ressaltamos que diante do risco de imposição de valores frente às peculiaridades dos sujeitos, trata-se de princípios que carecem de uma anterior análise contextual para sua aplicabilidade.

Portanto, tendo os princípios concernentes à Bioética como orientação abstrata para ações após observação dos contextos por meio da comunicação entre os sujeitos envolvidos, é possível a utilização destes na busca pela simetria na comunicação entre

médicos e pacientes, assim como na resolução de conflitos surgidos na área médica e no decurso da relação.

Referências

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, p. 2002.

DINIZ, D. Henry Beecher e a História da Bioética. In: DINIZ, D.; COSTA, S. **Ensaio: bioética**. São Paulo: Brasiliense; Brasília: Letras Livres, 2006. p. 33-39.

FAURE, O. O olhar dos médicos. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. (editores) **História do corpo: da revolução à grande guerra**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 13-55.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GAFO, J. **10 palavras chave em bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1996.

GÉLIS, J. O corpo, a igreja, e o sagrado. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. (editores) **História do corpo: da revolução à grande guerra**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 19-130.

JASPERS, K. La práctica médica en la era tecnológica. Madrid: Gedisa Editorial, 1987.

LORENZO, C. **A modernidade e a agonia da clínica**. Pré-Textos. 2002, 7: 33-41.

PATRÃO NEVES, M. Repensar a Ética Hipocrática: A evolução da Ética Médica e o surgimento da Bioética. **Cadernos de Bioética**. 2001; 26: 5-20.

PERRY, M. **Civilização ocidental: uma história concisa**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SOURNIA, J. **História da medicina**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.