

CAPÍTULO 05 – RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

A doença (*illness*) — a perspectiva do paciente

Cassell (8) utiliza o termo “doença” (*illness*) para se referir a “o que o paciente está sentindo enquanto se dirige ao consultório médico”, e “enfermidade” (*disease*) para “o que ele tem ao retornar, para casa, do consultório. A enfermidade (*disease*), portanto, é o que o órgão tem; a doença (*illness*) é o que o homem tem.” A doença (*illness*) é a resposta subjetiva do paciente, e de todos os que o cercam, ao seu mal-estar. Particularmente, é a maneira como ele — e eles — interpretam a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, e as diversas providências tomadas por ele para remediar a situação. A definição de doença (*illness*) não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere à mesma. Por exemplo, uma pessoa que adoeceu repentinamente provavelmente perguntará a si mesma: “Por que aconteceu isto comigo?” ou “O que eu fiz de errado para merecer isto?” ou ainda, em determinadas sociedades: “Será que alguém provocou minha doença?” Tanto o significado conferido aos sintomas quanto a resposta emocional aos mesmos são influenciados pelo *background* do paciente e sua personalidade, bem como pelo contexto cultural, social e econômico em que aparecem. (9) Em outras palavras, a mesma enfermidade (*disease*) (como a tuberculose) ou o mesmo sintoma (dor) podem ser interpretados de maneiras

completamente diferentes por dois pacientes provenientes de culturas e contextos distintos. Estas diferenças irão influenciar também seu comportamento subsequente e os tipos de tratamento procurados por eles.

A perspectiva do paciente sobre os problemas de saúde é, geralmente, parte de um modelo conceitual muito mais amplo, utilizado para explicar infortúnios em geral; neste modelo, a doença (*illness*) representa apenas uma forma específica de adversidade. Por exemplo, em muitas sociedades, todas as formas de infortúnio são atribuídas a um determinado conjunto de causas: febre alta, perda de safra, roubo de propriedade, desabamento de telhado, todos podem ser atribuídos a bruxarias ou a punição divina por alguma transgressão moral. Neste último caso, o evento pode provocar também sensações de vergonha ou culpa, exigindo certo tipo de tratamento — preces ou penitências. A doença (*illness*), portanto, assim como outra adversidade qualquer, é, normalmente, parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura em particular. É um conceito mais abrangente — embora mais difuso — do que o de enfermidade (*disease*) e deve ser considerado para a compreensão da maneira como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e respondem aos mesmos.

Razões para consultar ou não um médico

Há muitos estudos que examinam as razões pelas quais algumas pessoas consultam um médico e outras, com sintomas semelhantes, não o fazem. Geralmente isto se deve ao fato de que muitas pessoas não podem arcar com as despesas de um atendimento médico. Mas, mesmo quando podem, a correlação entre a severidade de uma doença física e a decisão de procurar auxílio médico ainda é pequena. Em alguns casos, este adiamento pode trazer sérias conseqüências para a saúde do paciente. Outros estudos demonstram que os sintomas anormais são comuns em grande parte da população, mas apenas uma pequena porcentagem é levada ao conhecimento dos médicos. Portanto, há uma série de fatores não-fisiológico que influencia o que Zola denominou de "caminhos que conduzem ao médico". Dentre eles, estão:

1. A disponibilidade real de assistência.
2. A possibilidade de o paciente pagar por ela.
3. O fracasso ou o sucesso dos tratamentos nos setores informal ou popular.
4. A maneira como o paciente percebe o problema.
5. O modo como as outras pessoas percebem o problema

Nesta seção, serão discutidos apenas os dois últimos tópicos, e as relações entre os mesmos.

O processo de "adoecer" já foi descrito, como também, particularmente, a definição de alguns sintomas considerados "anormais" pelos pacientes e seus familiares. Zola (48) ressalta que esta definição depende se um sintoma determinado é comum ou não na sociedade em questão, e se o mesmo se adapta aos valores maiores daquela sociedade ou grupo. Se o sintoma é muito comum, provavelmente será considerado "normal" "(embora não necessariamente "bom")" e, por conseguinte, aceito de forma fatalista. Zola constatou, por exemplo, que o "cansaço" é freqüentemente considerado normal, mesmo que seja, algumas vezes, característica de uma doença grave. No estudo de Reggionville mencionado anteriormente, a dor nas costas fazia parte da vida normal, pelo menos para os grupos socioeconômicos inferiores. Um segunda questão é que os sintomas ou sinais devem estar de acordo com o que a sociedade define como "doença" (*illness*), para que o doente possa receber atenção e apoio de terceiros, e para que seja providenciado o tratamento adequado. Um mesmo sintoma ou sinal pode ser interpretado distintamente nos diferentes grupos humanos — como doença (*illness*) em um, e como normalidade em outro. Em ambos os casos, a definição de um problema de saúde depende do conceito de saúde subjacente que, como foi observado anteriormente, geralmente inclui elementos sociais, comportamentais e emocionais.

Zola (49) examinou também a influência do conceito mais amplo de saúde sobre as decisões dos pacientes de consultar médicos. Ele entrevistou mais de 200

pacientes de três grupos étnicos — americanos de origem irlandesa, americanos de origem italiana e americanos protestantes de origem anglo-saxônica — atendidos em ambulatórios de dois hospitais em Boston. O objetivo do estudo era descobrir por que eles haviam se decidido pela consulta médica, e de que maneira comunicavam seu sofrimento ao médico. Segundo os dados do autor, eram duas as maneiras de perceber e comunicar as queixas físicas: por “restrição” ou por “generalização”. A primeira era típica dos de origem irlandesa; a segunda, dos de origem italiana. Os de origem irlandesa enfatizavam uma disfunção física específica (por exemplo, visão deficiente ou ptose), e restringiam seu efeito à função fisiológica. Já os de origem italiana apresentavam um número maior de sintomas, e um “mau funcionamento global” de vários aspectos do corpo — aparência, nível de energia, emoções, etc. Segundo sua percepção, os sintomas físicos (como a deficiência na visão) interferiam em suas vidas de modo geral, como também em suas relações sociais e suas atividades profissionais.

Baseado nestes dados, Zola pôde identificar cinco fatores não-fisiológicos que desencadeiam a busca de ajuda médica:

1. Uma crise interpessoal.
2. Percepção de interferência nos relacionamentos pessoais.
3. “Sancionamento”, isto é, transferência de responsabilidade sobre a decisão inicial de procurar auxílio médico para outra pessoa.
4. Interferência percebida no trabalho ou no funcionamento fisiológico.
5. Estabelecimento de critérios de tempo (“se não melhorar em três dias... então, eu vou tratar disso.”)

Tanto o número 1 quanto o 2 concentram a atenção no sintoma, por este significar que há “algo errado” na rotina do paciente; estes aspectos eram comuns entre os de origem italiana. O terceiro aspecto era comum nos de origem irlandesa, e ilustra as dimensões sociais da doença (*illness*) (“Bom, eu tenho a tendência de deixar as coisas se resolverem, mas minha esposa, não; no meu primeiro dia de férias, ela me perguntou: “Por que você não vai tratar disso agora?”... então, eu fui.”) A definição “funcional” de saúde (4) era comum tanto entre os de origem irlandesa quanto entre os grupos anglo-saxões (cf. Blaxter e Paterson (11)). O quinto aspecto era comum a todos.

Este estudo demonstra que a decisão de consultar o médico depende mais de fatores socioculturais — tais como conceitos mais amplos de saúde — do que da severidade da doença. Segundo ressalta Zola, a falta de explicação para as diferenças epidemiológicas em qualquer comunidade pode se dar mais devido à ocorrência variável desses fatores. O que sugere que é “a seletividade e a atenção que inserem as pessoas e seus episódios nas estatísticas médicas, mais do que qualquer diferença real na prevalência e na incidência de um problema ou transtorno em particular” (ver Capítulo 12).

Apple (13) ressalta os riscos da definição de um sintoma como doença baseada apenas no fato de que este é recente e interfere nas atividades normais do indivíduo.

Isto significa que, condições insidiosas mais crônicas como doenças cardíacas, câncer ou infecção por HIV podem não ser definidas como anormais, conquanto o indivíduo possa manter sua rotina normal. Foi desenvolvido um estudo no Hospital Geral Massachussetts, em Boston, sobre outras explicações para o adiamento da busca de orientação médica. Lá, Hackett *et al.* (50) observaram atraso entre o primeiro sinal sintomático de câncer e a procura de auxílio médico em 563 pacientes. Apenas 33,7% foram “precoces” e consultaram nas quatro primeiras semanas, enquanto que mais de dois terços esperaram um mês ou mais; 8% do grupo evitaram a procura do médico até o ponto em que não conseguiam mais atuar de forma independente; só então “cederam à pressão da comunidade e da família, e receberam cuidados médicos”. O papel dos fatores emocionais foi importante: aqueles que se preocupavam mais com o câncer apresentavam maior tendência em adiar a procura do médico do que aqueles que não tinham esta preocupação. Uma das hipóteses é que o adiamento tivesse a função de evitar a confirmação do diagnóstico fatal. A conotação dada para a doença também afetou o atraso na procura do médico: se a doença tivesse uma conotação “leve”, a resposta ao sintoma era mais rápida. De modo geral, os pacientes de níveis socioeconômicos mais elevados adiariam a consulta por um período de tempo menor do que os de classes mais pobres, embora “haja poucas evidências de que os programas de educação à saúde sobre o câncer possam ser creditados *per se* por esta diferença”. Em outro estudo, Olin e Hackett (51) estudaram 32 pacientes com infarto agudo do miocárdio. A maioria deles havia atribuído as dores no peito a condições menos graves, como “indigestão”, “problema de pulmão”, “pneumonia” ou “úlceras”, apesar de estarem familiarizados com os sintomas de uma doença coronariana. A resposta imediata foi de negação, “conseqüência de uma crise emocional induzida pela dor no peito e pelas ameaças associadas à mesma”. Na maioria dos casos, apenas o aumento na incapacidade ou a persuasão da família e amigos conduziram o doente à consulta médica.

A procura de atendimento médico — uma vez que este seja oferecido pela sociedade e acessível financeiramente — também depende da percepção da etiologia da condição; ou seja, se se acredita que a origem da mesma está no indivíduo ou no mundo natural, social ou sobrenatural. Alguns grupos sociais acreditam que a Medicina seja melhor como tratamento dos sintomas do que como cura da causa, especialmente se esta é sobrenatural. Num estudo (52) de cinco grupos étnicos em Miami, por exemplo, os pacientes buscavam alívio para seus sintomas no médico, mas recorriam ao curandeiro popular para explicar a causa numa linguagem culturalmente familiar (feitiçaria, por exemplo) e tratá-la por procedimentos místicos.

Em todos os casos citados, uma série de fatores não-fisiológicos — sociais, culturais e emocionais — influenciam a iniciativa do doente ou da família de consultar ou não o médico. Tais fatores influenciam também a forma como a doença é apresentada na consulta médico-paciente.