



Relação médico-paciente em cirurgia

*A medicina começa no paciente
e termina no paciente.”*

Claude Bernard (1813-1878)

Do livro “Filosofia da Cirurgia”
de Henrique Walter Pinotti

O cirurgião, quando da aproximação com o paciente, passa a assumir um compromisso de conseqüências jurídica, ética e social. Jurídica e ética, porque o cirurgião tem que se submeter às obrigações legais dos Códigos Civil Brasileiro e de Defesa do Consumidor, às diretrizes do Código de Ética Médica e ao dever social de tratar o paciente com humanismo, reintegrando-o ao seu meio com boa qualidade de vida.

Em todo o decurso do tratamento, entra em jogo, também, grande contingente de emoções do paciente, exercendo forte influência nos resultados, exigindo do cirurgião saber interpretá-las e lidar adequadamente com elas.

O médico, de modo geral, sempre entendeu com dificuldade a relação médico-paciente.

O bom clínico compreendia, empiricamente, sua importância e alcance psicológico, mas raramente o faziam os cirurgiões. Talvez, pela visão concreta de seu campo de trabalho ao lidar com órgãos ou por caracterizarem o assunto como abstrato.

Ponto de origem das emoções

A vida, dádiva de Deus, é única, exclusivamente individual e intransferível. O homem tem obrigação de zelar por ela, com corpo e mente como um todo. Ao longo dos anos, pode constituir família com todo seu patrimônio social, cultural e material.

De um lado, os mais privilegiados expandem seus horizontes em realizações. Por outro lado, existem os menos afortunados e, entre estes extremos, um espectro variável.

O paciente, ao procurar o cirurgião, na incerteza da gravidade de sua doença, traz dentro de si um mundo de emoções e expectativas de vida abaladas. Transforma-se, então, em refém da doença. A responsabilidade de tratar e de cuidar da vida, do mais humilde ao mais afortunado, recai sobre o cirurgião.

O homem é o único ser da escala animal dotado de inteligência e senso político e também é o único que sabe que vai morrer. Não raro, nega a gravidade da doença e da própria morte devido ao instinto de vida.

O instinto de vida e de preservação da espécie, apesar de também existir nos animais, no ser humano assume proporções maiores devido ao grande peso de fatores afetivos, profissionais, sociais e materiais, próprios do seu intelecto.

A relação médico-paciente lida na intimidade com as emoções do doente, que surgem, em grau variável, em cada indivíduo ao se iniciarem os sintomas e dependem da instalação aguda ou lenta da doença, proporcionais à grandeza do quadro clínico e às fantasias fóbicas de cada paciente.

Quando o primeiro diagnóstico é de afecção clínica, a terapêutica medicamentosa adequada trará a solução do quadro clínico e alívio rápido ao paciente. Sendo necessária a cirurgia, surgem no paciente fortes emoções. Estas são mais intensas quando o indivíduo é apanhado de surpresa, por sintomas agudos de várias origens, digestivas, cardiocirculatórias, neurológicas, ortopédicas, enfim, de qualquer aparelho ou sistemas, ou decorrentes de acidente da vida cotidiana.

No aparelho digestivo, as manifestações agudas como dor abdominal súbita, hemorragias digestivas copiosas, quadros abdominais com distensão, perdas com vômitos e desidratação, febres agudas com calafrios, constituem o principal contingente dos sintomas alarmantes do aparelho digestivo e ameaçadores de vida.

Em cirurgia supõe-se também que grande volume de emoções seja provocado pelas realizações de transplantes de órgãos como: coração, pulmão, fígado, pâncreas e rins. Pelos riscos e período de espera, mobilizam fortes angústias no paciente, em seus familiares e amigos. As emoções atingem nível ainda mais elevado nos casos de retransplante.

Princípios

A cirurgia é ciência e arte, no ato de operar e na lida com o paciente. O paciente é o alvo da atenção do médico, que se responsabiliza pelo seu tratamento. Pela complexidade de ações na cirurgia, cabe ao cirurgião assumir a iniciativa e a liderança, procurando integrar as pessoas envolvidas, objetivando exclusivamente o benefício do paciente.

Objetivos do trabalho

Sabe-se por experiência que o sucesso acontece, quando, além da competência e dedicação da equipe cirúrgica, há a integração do paciente no tratamento. O que propicia essa integração do paciente, de início, é a presença de três fatores fundamentais:

- 1- conhecimento pelo cirurgião da dinâmica da doença que o trouxe à cirurgia,
- 2- a aceitação da necessidade do tratamento a ser processado e
- 3- confiança no trabalho do profissional.

No seu exercício hospitalar ou de consultório deve o cirurgião conhecer o paciente no seu todo bio-psico-social: colher informações completas sobre os

sintomas e os exames clínicos, correlacioná-los com os obtidos pelos exames laboratoriais, endoscópicos, radiológicos, ultrassonográficos, de ressonância magnética, de tomografia e de cintilografia tomográfica com emissão de pósitrons (PET). Para a eficiência de sua conduta deve saber interpretá-los e integrá-los para organizar seu raciocínio diagnóstico e estabelecer o projeto da intervenção. Deve ter sempre em mente que, enquanto todos os itens da montagem diagnóstica não estiverem absolutamente claros, não pode, por obrigação ética, propor qualquer intervenção, porque corre o risco de realizar operação desnecessária ou inadequada.

O maquinismo

É importante frisar que se deve valorizar bastante a clínica, evitando maquinismo exacerbado com exames complementares desnecessários. Como bem salientava o grande mestre Luiz Décourt: “Devemos ter presente que a máquina completa o homem e não o homem completa a máquina”. O tecnicismo tem contribuído com equipamentos, que oferecem imagens de alta definição, possibilitando caracterizar lesões menores antes da manifestação clínica. Por vezes, para não se comprometer, o especialista escreve no laudo hipóteses diagnósticas que não se coadunam com o quadro clínico. Existem, também, médicos que pedem exames sem razões clínicas para demonstrar conhecimento tecnológico e, sobretudo, para atendimento rápido, sem ouvir cautelosamente a queixa clínica. Não raro observa-se que, quando o paciente já traz o diagnóstico, o cirurgião, impulsivamente, faz a proposta de operação, desconhecendo o quadro clínico.

Surge daí um panorama pitoresco: o cirurgião coloca a imagem no negatoscópio, “vira as costas para o paciente”, olha a doença e não o enxerga. Pode até operar “aimagem”, mas não o paciente.

Por outro lado, quando caracterizado o diagnóstico através do quadro clínico e recursos tecnológicos, cabe ao cirurgião procurar conhecer a vida do paciente, o seu ambiente familiar e de trabalho, onde os conflitos existentes nesses

meios podem ter contribuído para deflagrar ou agravar os sintomas presentes da doença indicativa do tratamento cirúrgico. O grande vulto da medicina, Prof. Gregório Maraño, afirmava com propriedade que “quando o médico vê o enfermo, deve enxergar o homem que há nele”. A importância desse conhecimento é que alguns sintomas, às vezes, podem continuar apesar da operação ser bem indicada e realizada e os conflitos persistirem, por exemplo, como se observa hoje no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Modo de trabalhar: sentar e conversar

Como já se assinalou em capítulos anteriores, o modo como é praticada a medicina na atualidade tem impedido a relação estreita médico-paciente, pelo fato de o médico não procurar se informar do comportamento cotidiano do enfermo, não investigando os seus sentimentos e não os relacionando com os sintomas clínicos.

Uma boa história clínica bem interpretada e seguida de cuidadoso exame físico vale mais do que exames de imagens ou de laboratórios mal dirigidos.

Durante um congresso médico na Europa, ao terminar a conferência magna, o grande mestre da medicina espanhola, Professor Gregório Maraño, foi interpelado incisivamente por um colega presente: “Em sua opinião, qual o equipamento que mais tem contribuído para o progresso da medicina?” Prontamente, lhe respondeu:

“A cadeira”. Nela, o médico se aproxima do paciente, acolhendo-o com atenção, serenidade, modéstia e sinceridade.

A escuta atenciosa é instrumento fundamental, sem ela não há diálogo. Georges Duhamel descreve assim essa situação: “um autêntico encontro de dois homens livres, encontro de uma confiança e uma consciência”: o médico livre para estabelecer sua atenção e orientação em local e hora livremente escolhidos, livre para assumir a responsabilidade e liderar as atenções da equipe de tratamento; o paciente igualmente livre, para escolher ou aceitar o médico e manifestar sua dor

física e psíquica, livre para decidir pela proposta de tratamento clínico ou cirúrgico, confiando no médico para submeter-se à cirurgia sob anestesia geral.