

Génese da obstinação médica[#]

The generation of medical obstinacy

José A. Carvalho Teixeira*

Resumo

Neste artigo o autor procura reflectir sobre a génese da obstinação médica, tentando identificar factores profissionais e factores pessoais eventualmente geradores de atitudes obstinadas por parte dos médicos. Com a finalidade principal de colocar alguns questionamentos, procura situar a obstinação médica (diagnóstica e terapêutica) no plano indissociável pessoal-profissional do médico.

Palavras chave: *obstinação médica, factores pessoais e profissionais*

Abstract

With this article, the author hopes to promote a reflection concerning the origins of medical obstinacy attempting to identify professional and personal factors, which may eventually generate obstinate attitudes on the part of doctors. The principal aim being to raise certain issues and characterise medical obstinacy (diagnosis and treatment) integrally on the personal-professional level of the doctor.

Key words: *medical obstinacy, personal and professional factors*

1 – O que é a obstinação médica

A palavra obstinação, que deriva do latim *obstinatio*, quer dizer *acção daquele que se obstina, firmeza inabalável, tenacidade e persistência*, mas também *birra e teima*. Assim, no próprio campo semântico aparecem duas vertentes bem diferentes: uma vertente mais positiva ligada à *persistência* e uma vertente mais negativa ligada à *teimosia*.

No discurso médico fala-se de obstinação a propósito de 2 aspectos completamente diferentes: *obstinação médica* e *obstinação obsessiva*. Em qualquer caso trata-se de uma dimensão atitudinal do sujeito, só que em campos diversos: obstinação médica refere-se a atitudes profissionais, enquanto obstinação obsessiva refere-se a atitudes

pessoais, neste caso associadas à psicopatologia.

Ao falar-se aqui de *obstinação médica* queremos significar atitudes do médico que podem conduzir a comportamentos reiterados ou perseverantes:

a) na investigação da causa de um ou mais sintomas físicos, apesar dos resultados persistente e repetidamente negativos da observação clínica e dos meios auxiliares de diagnóstico adequadamente solicitados (*obstinação diagnóstica*);

b) no tratamento persistente de uma doença intratável ou incurável apesar de, com os meios indicados, os resultados terapêuticos serem repetidamente escassos ou nulos (*obstinação terapêutica*).

A obstinação médica é, reconhecidamente, uma questão importante na actualidade. Paradoxalmente, existe bibliografia escassa sobre o tema, provavelmente espelhando uma situação de desinteresse pela investigação acerca de atitudes profissionais por parte dos próprios médicos ou, pelo menos, desinteresse pela discussão e reflexão acerca das próprias práticas profissionais. Ou então, a bibliografia que existe é originária de países que do ponto de vista cultural (quer da cultura em geral quer da cultura de saúde em particular) nada têm a ver conosco, como é o caso dos norte-americanos. Assim, este artigo é marcado pela subjectividade, a subjectividade do autor, e tem por finalidade tentar responder à seguinte pergunta:

O que poderá estar na origem de atitudes obstinadas dos médicos?

O objectivo é apenas o de contribuir para uma reflexão, visando a construção ulterior de conhecimento sobre o tema. Para atingir este objectivo o ponto de partida poderia ser a hipótese da obstinação médica poder ter origem em 2 tipos de factores, agindo isoladamente ou em conjunto: factores relacionados com a profissão médica; factores relacionados com características pessoais dos sujeitos que exercem Medicina.

Trata-se de uma oportunidade excelente, embora infelizmente rara, de pensar sobre o próprio pensamento médico e sobre as práticas médicas, tal como são vividas.

Permite pensar sobre a medicina e os médicos, e sobre o sentido de certas atitudes e comportamentos profissionais. Ao mesmo tempo, permite pensar sobre nós próprios e sobre as modalidades específica e singularmente pessoais como cada um de nós se situa na profissão que exerce.

É a ideologia médica que facilita a obstinação? Esta emerge de factores profissionais?

É a personalidade do médico que o predispõe para atitudes obstinadas, quer sejam habituais quer esporádicas?

Serão as expectativas dos sujeitos doentes ou da família em relação à medicina que induzem atitudes obstinadas nos médicos?

2 – Factores profissionais

Referenciamos aqui 3 aspectos: o modelo tecnicista das

* *Psiquiatra. Sub-Director do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).*

[#] *Comunicação apresentada no V Congresso Nacional de Medicina Interna.*

Recebido para publicação a 15.9.98

práticas médicas, atitudes profissionais relacionadas com o reducionismo biomédico e, ainda, formação médica escassa sobre aspectos psicológicos relacionados com a saúde.

2.1 – Como se sabe, as representações que os médicos constróem sobre o que é ser médico, influenciadas por factores individuais, sociais e culturais, constituem-se em ideologias profissionais. Por seu turno, estas ideologias profissionais influenciam modelos de práticas de medicina que, esquematicamente, são dois:

a) o *modelo humanista*, que valoriza predominantemente o bem-estar psicológico da pessoa doente e a escuta clínica, privilegia as dimensões humanas da relação profissional médico-doente e valoriza o princípio ético de servir a pessoa doente, tendo em conta também o seu sofrimento. Ao mesmo tempo, considera que o essencial duma estratégia de avaliação é, em primeiro lugar, a avaliação que assenta no método clínico;

b) o *modelo tecnicista*, que valoriza predominantemente os meios tecnológicos ao serviço de cuidados de saúde geralmente especializados, privilegia o intervencionismo sistemático e as estratégias invasivas de avaliação, e valoriza os princípios da produtividade dos actos técnicos e da rendibilização dos recursos. Aparece frequentemente associado a uma representação de “modernidade” e a crenças optimistas sobre o valor das tecnologias médicas de diagnóstico e tratamento.

Será que um posicionamento profissional rigidamente associado ao modelo tecnicista das práticas médicas estará relacionado com atitudes médicas obstinadas?

2.2 - Uma questão que merece também alguma referência é a eventual relação da obstinação com modelos explicativos da doença. Os principais modelos de saúde e doença são dois:

a) o *modelo biopsicossocial* que procura ter em conta e relacionar os diferentes factores associados à produção dos estados de saúde e de doença, nomeadamente biológicos, psicológicos, familiares, laborais, sociais, culturais e ambientais: faz com que saúde e doença só tenham realidade e significado enquanto qualificativos em relação a sujeitos com existência concreta;

b) o *modelo biomédico*, que valoriza exclusivamente factores biológicos na produção da saúde e da doença, e uma fenomenologia quase exclusivamente centrada no corpo, na doença, na vida e na morte, na qual os chamados “factos médicos” aparecem desligados e isolados das realidades da pessoa doente e dos contextos psicológicos e sociais nos quais se produzem; de tal maneira que a visão da doença é a de uma espécie de avaria no corpo biológico-máquina.

Será que o reducionismo biomédico pode gerar atitudes obstinadas de avaliação e de tratamento?

Haverá uma associação frequente entre esse reducionismo biologista e o modelo tecnicista, sobretudo nas práticas médicas hospitalares?

2.3 – Sabe-se como são geralmente insuficientes os conhecimentos dos médicos em aspectos *psicológicos* associados à saúde, à doença e aos cuidados de saúde.

É uma formação que praticamente não existe, nem na formação médica pré e pós-graduada, nem na chamada educação médica contínua ou, ainda mais recentemente, no chamado desenvolvimento profissional contínuo.

Não se trata de conhecimentos de psicopatologia nem da formação em aspectos psiquiátricos, que também são muito necessários. Trata-se da aquisição de conhecimentos psicológicos* e do desenvolvimento de competências que, não transformando os médicos em psicólogos (que não são), contribuiriam para a compreensão mais global da saúde e da doença e para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados. Nomeadamente: modelos psicossociais de saúde e doença, determinantes dos comportamentos saudáveis e de risco, mudança de comportamentos em saúde, confronto e adaptação psicológica à doença e à incapacidade, impacto da hospitalização, comportamentos de adesão (*compliance*) a tratamentos medicamentosos ou a medidas preventivas e qualidade de vida na doença. Além de aspectos mais tradicionalmente ligados à chamada “psicologia médica”: personalidade e doença, *stress* associado a procedimentos médicos de diagnóstico ou de tratamento, processos de informação e comunicação em saúde, relação médico-doente, estratégias de influência nos comportamentos de prescrição, crenças e atitudes em relação à morte, etc.

Será que a formação escassa dos médicos em aspectos psicológicos associados à saúde e à prestação dos cuidados poderá gerar obstinação?

3 – Factores pessoais

Referem-se sucessivamente certas crenças pessoais do médico, traços da personalidade do médico e **estilo de confronto**, e as suas atitudes em relação à comunicação.

3.1 - Parece possível identificar algumas crenças pessoais que, ao serem partilhadas por sujeitos que são médicos, podem relacionar-se com atitudes médicas obstinadas:

a) *crença optimista na ciência médica “pura” e no seu valor absoluto e todo-poderoso*, construída a partir de uma necessidade pessoal de adesão a um sistema de representações técnico-científico securizante e regulador do equilíbrio pessoal, associada ou não a grandes expectativas de sucesso. Poderá influenciar atitudes intransigentes, rígidas e obstinadas de “tudo fazer” no exercício profissional?

b) *crença pessoal altruista de que o médico serve o outro (doente), numa missão salvadora, hipervalorizando a cura*, enquanto tratamento da doença, e *desvalorizando o cuidado*, enquanto promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa doente;

c) *sistema de valores que considera que a sobrevivên-*

cia biológica é o valor de primeira grandeza e que considerações como o sofrimento, o bem-estar psicológico, personalidade e qualidade de vida seriam secundárias. Este tipo de valores poderá relacionar-se com certos comportamentos de encarniçamento terapêutico? O que é mais relevante: a função biológica (estar-vivo) ou a função pessoal de ser humano em relação?

3.2 – É possível que a maneira de ser do sujeito que é médico possa relacionar-se com atitudes obstinadas no desempenho profissional, em particular quando o médico tem *traços obsessivos de personalidade*. Neste particular seriam importantes para a gênese da obstinação médica as dúvidas sistemáticas (fazendo eventualmente com que o médico viva obcecado pela possibilidade de se enganar ou de não ter feito “tudo o que estava ao alcance”), as aspirações perfeccionistas, a tendência fácil ao vivido de culpa (de não ter feito o que deveria ter sido feito), a teimosia, a rigidez e a dificuldade em autocriticar-se.

Por outro lado, admite-se que o *estilo pessoal do médico no confronto com o stress e a adversidade* poderia relacionar-se com atitudes obstinadas, nomeadamente quando estiverem em causa:

a) *dificuldades pessoais no confronto com a angústia relacionada com a morte*, que poderiam conduzir a atitudes de onipotência terapêutica (a ilusão do salvador todopoderoso), destinadas a combater a percepção de ameaça;

b) *dificuldades pessoais em lidar com acontecimentos geradores de frustração e experiências de fracasso*, que poderiam levar a atitudes obstinadas para atenuar sentimentos interiores de derrota.

Provavelmente poderão ser relevantes as *dificuldades no confronto com sentimentos de impotência* (nos casos em que “não se encontra nada” ou, então, nos casos em que “não há nada a fazer”). Em especial numa profissão invadida pela ideologia do fazer, por vezes marcada por uma verdadeira compulsão para agir a todo o custo. Assim, para certos médicos a angústia emergente pelo con-

fronto com sentimentos de impotência poderia estar relacionada com a impossibilidade de abstenção terapêutica e obstinação.

Será que, por vezes, alguns médicos usam a obstinação terapêutica como estratégia pessoal de confronto com o seu próprios *stress*?

3.3 – Finalmente, referem-se as *atitudes pessoais do médico em relação à comunicação*, nomeadamente no encorajamento escasso de perguntas que pudessem ser feitas pelo doente na consulta, no evitamento de dados pessoais, familiares ou profissionais ou situações de crise, bem como o evitamento frequente e a banalização das queixas psicológicas, no desinteresse pela escuta clínica, na desvalorização das preocupações e das expectativas das pessoas doentes e das suas famílias e no desenvolvimento escasso de competências de comunicação.

Podem resultar dificuldades na identificação de pedidos de consulta relacionados com *stress*, crises pessoais, problemas de adaptação e, até, psicopatologia, por focalização no primeiro problema apresentado, uma queixa física, e abertura rápida da “caça ao sintoma” via meios técnicos de diagnóstico.

Será que as atitudes do médico em relação à comunicação e as suas próprias competências de comunicação poderão relacionar-se com atitudes obstinadas na investigação diagnóstica?

Em conclusão: a questão da obstinação médica que, como qualquer atitude profissional pode ter valor positivo ou negativo consoante o contexto, deve situar-se claramente no plano indissociável *pessoal-profissional* do médico. Não tem que ver somente com a medicina, mas também com os sujeitos que são médicos. Para estes, o essencial é tomar consciência das suas atitudes obstinadas quando elas aparecem e tentar elucidar o seu sentido pessoal, questionando-se: *o que é que faz com que eu esteja a ser obstinado neste caso clínico concreto? Para que é que serve ser obstinado? Para quem está a ser útil a obstinação?*