



A relação médico-doente: da fisiologia à fenomenologia (2)

Fenomenologia da relação médico-doente

O olhar fenomenológico sobre a relação médico-doente estabelece, antes de mais, que essa relação — concebida como uma relação inter-pessoal geral, em que um e outro dos intervenientes se encontram face a face — é uma relação particular, na qual o doente angustiado ou incongruente encontra um médico capaz de o receber "face a face" e de assumir calmamente essa situação. Esta particularidade resulta do facto de, supostamente, um dos intervenientes no encontro ser um doente. Esta condição acaba por se apresentar como um fundo permanente, de acuidade variável. Os sintomas constituem a forma de relação com o médico, forma essa acessível a uma determinada descodificação. A angústia "inefável", que constitui o fundo do sofrimento humano, deve poder encontrar um código que lhe dê um sentido psicológico, existencial, no drama específico e pessoal da biografia de um ser humano.

É esta a questão crucial que caracteriza a distingue a relação entre um médico e um doente, de uma outra relação inter-pessoal: em termos gerais, a codificação da angústia e, em termos particulares, a descodificação dos sintomas. Com efeito, o doente envia "mensagens" que têm um suporte, um código que, simultaneamente, se constitui como um veículo para a realidade e em realidade ela mesma. Quer a angústia, quer os sintomas são os analisadores possíveis de uma realidade, constituindo eles próprios, no entanto, a realidade actual. Este processo implica a consideração de um sujeito concreto, com escolhas próprias — portanto, com valores — a partir dos quais a existência se manifesta, se exprime e se realiza num estilo pessoal.

Como se apresenta, então, este doente?

Das múltiplas e variadas formas de apresentação do doente ao seu médico, uma única constante se percebe: a consciência — mesmo na angústia — de uma dificuldade pessoal vivida, no plano biopsicológico e social, ao nível da sua existência.

Esta consciência é também consciência do risco, que se manifesta no momento em que é difícil, para o doente fazer-se exprimir em relação às suas tensões latentes, ou assumir emoções muitas vezes penosas. Esta tarefa emocional é terrível, incerta e perigosa. Aqui estamos perante uma das condições importantes no plano terapêutico para, a partir destes elementos da diáde, se lançar as pontes no espaço relacional: permitir ao doente perceber que a sua experiência não é alheia ao médico, que os seus receios são bem acolhidos, que este domínio da intimidade é familiar ao médico.

É este o ponto crucial da arte de comunicar: o momento em que o doente se decide partilhar a sua intimidade, dizer o que sente e o que quer esconder mas em que, simultaneamente, se instala uma grande dúvida traduzida na interrogação — que "olhar" vou eu receber desse outro que está face a mim? Este sujeito concreto está face a um outro sujeito concreto (o médico), também ele com um estilo pessoal de se exprimir enquanto existência humana. Isto é, ambos se interferem num encontro modelizado pela sua condição essencial: o face-a-face. Da realização adequada das competências pessoais neste momento crítico da relação advém não só a confiança para assumir um papel autêntico, bem como para a aceitação desse mesmo papel.





Nestas condições, como se configura o papel do médico?

Cabe-lhe, quer em termos pessoais quer em termos profissionais, criar condições que favoreçam aquela sintonia. O desejo de compreender o Outro e o respeito pela sua diferença constituem o primeiro passo que o vai colocar no centro de uma relação significativa (isto é, não alienante). A vontade de compreender sintoniza-se através do desejo universal de ser compreendido. Este desejo de compreender implica do médico uma atitude de disponibilidade, mas também uma atenção permanente aos sinais do doente: "O que é que ele diz exactamente? O que é que ele não consegue dizer? Como é que ele está a viver a sessão neste momento? Que mudanças de tonalidade, que hesitações, que temas dominantes? Pode-se, pois, afirmar que o lugar do médico nesta diáde é um lugar de atenção, de cuidado e de intuição.

Neste modo particular de estar, ambos se abordam na realidade de um lugar e de um momento (o aqui e agora relacional), e fazem-no quer com palavras quer com o corpo, veículos para o conhecimento do outro e de si próprio (do que conhecem e que sabem que desconhecem), numa atmosfera matizada por medos e desejos, por possibilidades e por incertezas.

É neste complexo jogo comunicacional, dialógico e analógico, que a fenomenologia nos desvela alguns segredos. Vou apenas destacar um dos aspectos desse jogo — o olhar — pela importância que ele se reveste ao nível da "intersecção entre os dois mundos" em causa.

Merleau-Ponty (1964) refere-se ao olhar como a possibilidade de partilha de duas existências. Diz nomeadamente que "pelo facto de eu abrir no muro do meu solipsismo a brecha por onde passa o olhar do outro (...) existe a intersecção do meu universo e do universo do outro (...)" (pp. 111).

O olhar é o veículo da transacção comunicacional que nos coloca face ao outro de uma forma tão nua e imediata: "face a face temos então o meu ser para mim, este mesmo ser para mim oferecido em espectáculo ao outro, o olhar do outro como portador de um ser para si réplica do meu, mas capaz de mostrar a minha fealdade, e enfim este mesmo ser para si do outro, visado e de alguma forma atingido, percebido, pelo meu olhar sobre ele" (Merleau-Ponty, 1964, p. 112).

Eis a forma como Merleau-Ponty trata esta intimidade desvelada pelo olhar numa relação de face a face. Intimidade partilhada que se manifesta para cada um como simultaneidade, no dizer de Sartre (1934). Ora, a simultaneidade supõe a ligação temporal de dois existentes que exercem um sobre o outro uma acção recíproca. Assim, o olhar do outro, na medida em que eu o "agarro", vem dar ao meu tempo uma dimensão nova.

De acordo com esta fenomenologia do olhar no acto comunicacional face a face, estabelece-se um jogo caracterizado pela troca de olhares, cujas regras vão desde a possibilidade até à "autorização" de "olhar nos olhos" ou de os desviar, de olhar de lado, de o perceber completamente ou não, eventualmente de o dizer .

Temos, então, nesta relação face a face, um sujeito médico e um sujeito doente que interagem num espaço entre ambos, onde se desenvolve um jogo comunicacional em que o olhar constitui um dos veículos primordiais para a possibilidade da abertura de um ao outro.

Nesse espaço se jogam os dados que permitem ou não uma sintonia entre os dois elementos em jogo. Essa sintonia resulta de aspectos próprios ao médico e de aspectos particulares do doente, bem como de elementos mediáticos utilizados para vencer esse espaço do entre. Estas condições implicam a exigência de atenção por parte dos dois protagonistas. É deste modo que a relação atinge a sua eficácia a partir de um reconhecimento recíproco.

Eis como se configura, pela leitura fenomenológica, a estrutura relacional da diáde médico-doente.

Depois deste percurso impõe-se, novamente, a questão inicial: qual o futuro da relação médico-doente?





Façamos uma revisão do percurso seguido para termos alguma luz sobre o percurso a seguir (não se esqueça, caro leitor, que no Editorial do último número iniciei o tratamento desta tema). Comecei, precisamente, por dar conta das relações que o olhar actual das ciências biológicas nos trouxe sobre a relação médico-doente. Verifiquei, no essencial, que se pode falar de uma "fisiologia partilhada". A ideia de que a empatia entre duas pessoas está relacionada com um estado fisiológico partilhado é uma ideia intrigante, cujo desenvolvimento me conduziu a um ponto inultrapassável: como se pode caracterizar o espaço relacional a fim de se poder desenhar estratégias que nos elucidem sobre a mediatização fisiológica da trama comunicacional?

Mudei, em consequência, de ponto de vista, assumindo a postura fenomenológica, para tentar desvelar essa estrutura relacional que caracteriza a relação médico-doente. Verifiquei as condições onde se radica o encontro entre o médico e o doente — atenção/dedicação humana, cuidado e intuição — e os meios, para além das palavras, que operam esse encontro — o olhar desvelador e um reconhecimento recíproco. Isto é, dei conta do dizível e silencieei-me face ao indizível deste complexo jogo comunicacional no qual assenta a intersecção entre dois mundos.

Face aos dois discursos, totalmente distintos, será que podemos desocultar alguma ligação entre eles? Dito de outro modo, a relação médico-doente poderá constituir um elemento de investigação que permita revelar essas ligações?

A resposta a esta questão decorre da própria organização da relação médico-doente. Ou seja, esta relação apresenta uma estrutura organizacional que pode ser concebida em três níveis: (1) o irreduzível; (2) o fáctico; (3) o emergencial.

Vejamos o que cada um destes níveis revela.

(1) O irreduzível. Antes de mais, uma constatação: aquilo que era irreduzível continua a ser irreduzível. Isto é, não é possível, à luz dos conhecimentos actuais, reduzir o comportamento humano a uma molécula ou a um conjunto de moléculas, nem mesmo a um órgão, por mais complexo que este possa ser. As leis gerais que regem os elementos constitutivos dos níveis biopsicológicos em que o ser humano está organizado não têm a mesma linguagem que rege as decisões, a intencionalidade e o compromisso de uma existência humana.

Deste modo teremos sempre que assumir uma postura aberta, não reducionista e, sobretudo, "humilde" para perceber a importância dos achados de todas as ciências do comportamento, como elementos importantes para diminuir o nosso nível de desconhecimento sobre o comportamento humano, mas sermos suficientemente sábios para sabermos que, apesar disso, continuamos profundamente ignorantes.

Mesmo o sonho de alguns investigadores de construírem um conhecimento que permita a ligação do nível molecular com o nível do comportamento, continua a ser um sonho, pois a noção que utilizam de comportamento é ainda uma noção francamente mecanicista.

Os modelos mais modernos, de cunho essencialmente interaccionista, reclamam a importância das interações com o ambiente (natural ou humano) para as diferentes metamorfoses ou morfogéneses que o indivíduo vai sofrendo ao longo da vida, mas isso não significa que tenham conseguido encontrar a linha condutora, ao nível explicativo, de todos os níveis envolvidos no processo de edificação de uma existência humana.

Portanto, se o irreduzível permanece irreduzível, isto significa que os dois níveis em discussão — o das ciências biológicas do comportamento e o da fenomenologia das relações entre duas existências — permanecem em paralelo, como duas vias de investigação deste fenómeno complexo que é o existir e o relacionar-se humano.

(2) O fáctico

Este nível parece constituir o da confluência das duas abordagens. Isto é, a partir dos actos em si — seja o acto comunicacional, seja o acto decisional, seja o acto intencional — se poderá





caminhar para análises aprofundadas em que a metodologia fenomenológica e as metodologias quantitativas poderão partilhar, intercambiar, no fundo complementarem-se no estudo dos fenómenos em causa.

Neste ponto, os aspectos específicos da relação médico-doente, podem constituir um campo de elaboração para o aprofundamento do estudo da dimensão biológica do comportamento em situação relacional terapêutica, cujos dados fundamentem novos modelos de intervenção ou pelo menos novos ajustamentos no plano comunicacional.

As linhas directoras indicam uma fenomenologia cada vez mais microscópica do actuar comunicacional e uma psicofisiologia cada vez mais macroscópica dos sistemas em jogo no encontro relacional. Só nesta direcção se pode considerar que ambas as metodologias convergem para a elaboração científica do fáctico.

Penso, mesmo, que os estudos de tipo psicofisiológico centrar-se-ão, no futuro próximo, na fisiologia do encontro. Isto poderá constituir um grande avanço sobre a compreensão de aspectos ocultos nesse mesmo encontro, que possam esclarecer, por exemplo, o modo de utilizar o não verbal ou analógico de uma forma mais fundamentada.

(3) O emergencial

Mas o abismo continua, apesar de tudo isto. De facto, a interacção entre duas pessoas cria um quadro de referências trans-pessoal, o qual J. Schlien já designou por "meta-pessoa" (Schlien, 1993), querendo com isso significar algo que resulta da interacção entre duas pessoas, mas que vai muito para além de cada uma. É o que em linguagem moderna se designa por qualidades emergenciais: qualidades não predizíveis nem previsíveis a partir do conhecimento de cada pessoa em particular.

A este nível encontramos-nos perfeitamente às escuras: nem as abordagens de tipo fenomenológico, nem os modos de abordagem psicofisiológica, nos esclarecem sobre esta "presença" sem substância. Se o psiquismo tende a ser captado num cérebro ou num método descritivo (fenomenológico) esta "meta-pessoa" não tem substância para um, nem facticidade para outro.

Podemos, por tudo isto, dizer que a relação médico-doente se triparte para melhor se deixar conhecer: mantém-se irredutível ao nível explicativo, abre-se através do acto relacional às explorações reconhecedoras e transcende-se através da emergência de uma meta-pessoa. Nesta medida, poderá constituir um quadro preferencial para o aprofundamento do conhecimento sobre o humano mantendo-se, apesar disso, indecifrável.

Dito de outro modo, permanece envolta no paradoxo que a alimenta: aquele, que está face a mim, é um Outro radicalmente diferente de mim, que é, no fim de tudo, eu próprio.

Referências

- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le Visible et l'Invisible*. Paris: Gallimard.
- Sartre, J-P (1943). *L'Être et le Néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard.
- Schlien, J. (1993). *Deus está nos pormenores*. Comunicação apresentada na S
- Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa, Lisboa, 1993.

João Marques-Teixeira