



O ato médico como interação simbólica

Sara Gonçalo Domingues

RESUMO

Introdução: A consulta médica é um encontro social, baseado na teoria interacionista simbólica e na teoria da ética. Do interacionismo simbólico são adotados os conceitos de papel social, plateia, ordem da interação e responsabilidade pessoal. Da teoria da ética são adotadas a ética deontológica, virtualista e procedimental. Este caso evidencia que o sucesso clínico pode dever-se à eficácia do processo interativo simbólico desenvolvido no encontro médico-doente.

Descrição do caso: Adolescente do sexo feminino recorreu ao serviço de urgência (SU), acompanhada pela sua mãe, por episódio de lipotimia. Nos últimos dois meses tinha tido quatro episódios semelhantes, tendo já recorrido ao SU pelo mesmo motivo. O exame objetivo e o estudo complementar revelaram-se normais. No decorrer da consulta a adolescente transmitiu sinais de ansiedade, a qual parecia desajustada ao contexto clínico, indiciando causa não revelada. Solicitou-se à mãe que saísse do consultório e, a sós com a adolescente, questionou-se se estava com algum problema na sua vida, sublinhando a importância da verdade na relação médico-doente. Após alguma hesitação desabafou que tinha namorado, relação que a mãe desconhecia, com o qual tinha relações sexuais desprotegidas. Referiu estar em amenorreia desde há dois meses, o que muito a preocupava devido à possibilidade de estar grávida. Realizou-se teste de gravidez, cujo resultado foi negativo e recomendou-se que revelasse à mãe a situação clínica. No final da consulta foi reforçada a importância das relações sexualmente protegidas e contactou-se a sua médica de família, que agendou consulta de planeamento familiar.

Comentário: Este caso clínico reconhece a importância do interacionismo simbólico no sucesso do ato médico. Explora os papéis sociais desempenhados pelos intervenientes do encontro clínico e reconhece a importância da leitura de sinais não verbais em contexto de ambiguidade e de incerteza por omissão de informação pelo doente.

Palavras chave: Relação médico-doente; Comunicação não-verbal; Ética clínica.

INTRODUÇÃO

A relação médico-doente é fundamental para o sucesso do ato médico. Essa relação define-se pela assunção de papéis sociais específicos e estabelece-se através da comunicação, verbal e não-verbal, e da significação atribuída aos sinais transmitidos e recebidos.¹ No ato médico o paciente adota o papel de doente e o médico o papel de gestor de terapia;² os médicos recorrem à gestão das impressões para persuadir e influenciar a aceitação do tratamento preferível pelos doentes.³ O reconhecimento teórico da comunicação na relação médico-doente é, por vezes, incongruente com a satisfação manifestada pelos doentes, diminuindo a efetividade da consulta. Um estudo revelou que os médicos não foram capazes de identificar 54% dos motivos de consulta e 45% das preocupações dos doentes.⁴ As preocupações relacionadas com aspetos sociais e emocionais são

as que mais frequentemente são negligenciadas.⁵ Do ponto de vista do doente, as competências comunicacionais no encontro clínico são uma das competências médicas mais valorizadas.⁶ De resto, a literatura enfatiza a importância da comunicação verbal e não-verbal nos cuidados de saúde primários. É, assim, fundamental refletir sobre a interação médico-doente, a qual é mediada pela leitura simbólica dos sinais verbais e não verbais que são mobilizados para os encontros diários.

O interesse crescente na compreensão da dimensão relacional e comunicacional no encontro médico-doente tem levado à criação de vários modelos teóricos que visam analisar o processo comunicativo. Dentro destes destaca-se a escola «processual» e a escola «semiótica».¹ Na primeira encontra-se o modelo de Shannon e Weaver (1948), modelo que entende a comunicação como um processo de transmissão de mensagens através de um emissor e recetor; na segunda destaca-se o modelo de Peirce (1931-1958), modelo que estuda os sinais e signifi-



cados das relações interpessoais e entende a comunicação como a produção e a troca de significados.¹ Na teoria dos significados, Erving Goffman, sociólogo norte-americano influente do século XX, perspectiva a realidade social como representação dramaturgica, segundo a qual, nos encontros diários, os atores comunicam com recurso à linguagem verbal e não-verbal.⁷ Para efeitos de análise do presente caso clínico, o encontro clínico entre médico-doente foi analisado como encontro social e a teoria Goffmaniana foi adotada como modelo teórico de reflexão.

A reflexão aqui proposta foi motivada pelas seguintes razões: a minha própria surpresa da importância da dimensão relacional e comunicacional face à dimensão clínica na resolução do evento narrado e a vontade de partilha deste caso clínico com a comunidade médica. Assim, este relato de caso teve como principais objetivos: i) identificar fatores sociais que influenciam o sucesso do ato médico em contexto de omissão de informação por parte do doente, bem como ii) valorizar a leitura simbólica, de sinais verbais e não verbais, nos encontros clínicos entre médico-doente.

DESCRIÇÃO DO CASO

Adolescente de 16 anos, do sexo feminino, recorreu ao serviço de urgência (SU) do Hospital de Braga, acompanhada pela sua mãe, por episódio de lipotímia que teria ocorrido há cerca de uma hora. Referia que foi precedido por mau-estar geral, náuseas, palpitações e hipersudorese. Aparentemente sem nenhum fator desencadeante – estava em conversa ao telemóvel. Nos últimos dois meses teria tido quatro episódios semelhantes, tendo já recorrido ao SU pelo mesmo motivo. A história clínica foi inicialmente colhida com a presença da mãe, tendo sido dada a possibilidade à adolescente de ser atendida a sós a meio da consulta. Durante a narrativa da história clínica, ela não conteve as lágrimas, adotou postura rígida e, em dado momento, queixou-se de dor de barriga. Ao longo da consulta demonstrou alguma ansiedade através do contínuo movimento das mãos e confessou estar preocupada com o seu estado de saúde. A recolha da história clínica foi conduzida de acordo com o acrónimo HEEADSSS,⁸⁻⁹ não tendo sido identificado qualquer problema na sua vida que pudesse justificar este quadro clínico:

- **Home** (casa, família). Vivía com os pais e o irmão mais novo, com os quais referia ter um bom relacionamento.

- **Education** (escola). Frequentava o 9º ano de escolaridade (ficou retida um ano no 9º ano), referindo pouco gosto pela escola. Não apresentava grandes perspectivas no futuro profissional.
- **Eating** (alimentação). Fazia alimentação saudável e equilibrada, com média de cinco refeições por dia.
- **Activities** (atividades). Negou prática desportiva regular.
- **Drugs** (drogas ou adições). Negou consumos.
- **Sexuality** (sexualidade). Negou, numa fase inicial, qualquer relacionamento amoroso.
- **Suicide** (suicídio, alterações do humor). Referiu andar mais ansiosa e triste nas últimas semanas, negando causa aparente.
- **Safety** (segurança). Negou situações de violência.

A mãe demonstrou desconhecer qualquer tipo de problema na vida da adolescente que pudesse ser assumido como causa do problema. A adolescente apresentava-se normotensa (130/87mmHg) e o exame objetivo, incluindo o exame neurológico sumário, revelaram-se normais. Como meios complementares de diagnóstico realizou-se eletrocardiograma, o qual não revelou alterações.

No decorrer da consulta solicitou-se à mãe que saísse do consultório para que a consulta pudesse ser realizada apenas com a adolescente. A mãe alegou que apenas queria o melhor para a filha e, como tal, se fosse importante sair do consultório ela sairia. Esta sugestão justificava-se pelas boas práticas na consulta de adolescentes e pela leitura dos sinais não verbais – lágrimas, postura rígida, movimento repetitivo das mãos –, que indicavam existência de motivo oculto. Para legitimar este pedido foi enfatizada a confidencialidade da entrevista e indicado que, em situações de risco de vida, a mãe seria informada. A sós com a adolescente, foi-lhe dito que “*estava ali para a ajudar*” e foi sublinhada a importância da verdade na relação médico-doente. De seguida, foi-lhe perguntado, novamente, se havia alguma coisa que a estivesse a preocupar ou se associava as crises de lipotímia a alguma situação ainda não revelada. Após um período de silêncio e de alguma relutância em comunicar, a adolescente desabafou que tinha namorado, relação que a mãe desconhecia, com o qual tinha relações sexuais desprotegidas; referiu estar em amenorreia desde há dois meses, o que muito a preocupava devido à possibilidade de estar grávida. Decidiu-se realizar o teste imunológico de gravidez, cujo resultado foi negativo. En-

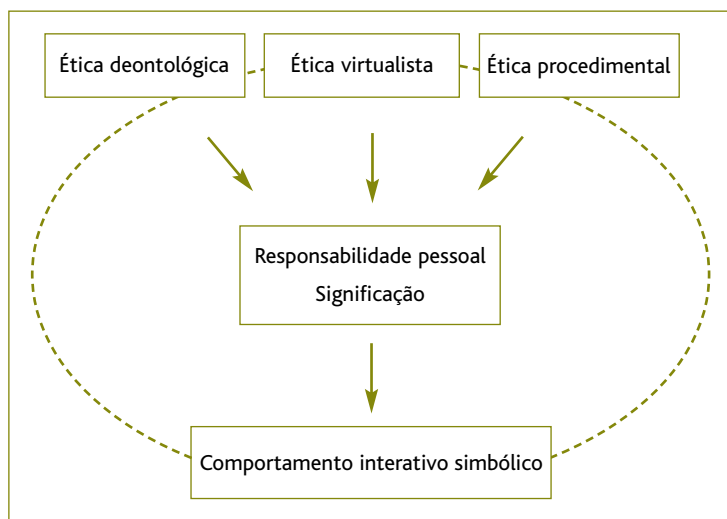


Figura 1. Modelo de abordagem teórica do caso clínico. Para analisar este caso clínico recorreu-se à teoria da ética e à teoria interacionista simbólica, desenvolvida por Erving Goffman, as quais se articulam entre si. Na teoria da ética são convocadas a ética deontológica, a ética virtualista (ética das virtudes) e a ética procedimental. Elas, por si só, não determinam o comportamento. Este é, também, mediado pela responsabilidade pessoal e pela significação simbólica atribuída aos sinais transmitidos e emitidos pelos atores intervenientes no encontro médico-doente. Estes fatores determinam o comportamento interativo simbólico.

quanto se esperava pelo resultado do teste, a mãe solicitou esclarecimento sobre o estado de saúde da filha para reduzir a sua ansiedade. A médica sossegou-a e informou que era devedora de sigilo médico, tendo-a aconselhado a falar com a filha. No momento da revelação do resultado do teste a sós com a adolescente, analisou-se a possibilidade de ela comunicar à mãe a existência daquela relação afetiva, revelação que estimularia receio de gravidez e que seria reduzido pelo resultado negativo do teste. A adolescente adotou a sugestão e anunciou a intenção de revelar a situação à mãe em casa. No final da consulta foi reforçada a importância de uma proteção adequada nas relações sexuais.

Em conversa acidental com uma colega mais velha, já especialista em medicina geral e familiar, revelei a minha experiência colhida neste caso clínico. Por se tratar de uma adolescente com comportamentos de risco aconselhei-me a contactar a sua médica de família, o que fiz. Na sequência do contacto foi por ela agendada uma consulta de planeamento familiar. Esta prática carece, contudo, de alguma reflexão. Esta prática poderá estar na fronteira da ética clínica e a sua classificação pode ser ambígua, de-

pendendo do referencial normativo adotado. Neste caso poder-se-á admitir a existência de uma tensão entre requisitos éticos associados à confidencialidade e requisitos médicos associados à prevenção do risco de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidezes indesejadas, o que poderia ser prevenido pela integração formal dos cuidados de saúde primários e secundários.

COMENTÁRIO

Para os efeitos desta análise é adotada uma perspectiva do ato clínico como encontro social. Para isso, o quadro teórico de análise recorre à teoria interacionista simbólica desenvolvida por *Erving Goffman*, a qual permite leitura simbólica do comportamento, e pela teoria da ética, a qual permite leitura normativa dos comportamentos (Figura 1). Os contributos destas teorias são articulados no conceito de ordem da interação.

A teoria Goffmaniana é inspirada na metáfora do teatro e perspectiva a realidade social como representação dramaturgica. Esta é realizada por atores que desempenham papéis sociais para plateias. As pessoas envolvidas em interações sociais desempenham o papel de ator, preocupado emissor de impressões e encenador de representações, ou seja, interpretam um conjunto de direitos e deveres ligados a uma dada situação social.⁷ Por sua vez, os membros da plateia avaliam a honestidade/falsidade dessas representações.⁷ Os atores e a plateia procuram garantir condições adequadas à representação dos papéis sociais, prevenindo ou corrigindo ruturas dramaturgicas.⁷ O papel social é um conjunto de direitos e deveres correspondentes a uma determinada situação social que é representado por um ou mais atores.⁷ Neste encontro participaram três atores – o médico, a doente e a mãe; os dois primeiros realizaram os mais importantes papéis sociais. A mãe representou o papel social de cuidadora, de acompanhante e de espetadora. Na representação deste último papel constituiu uma plateia indesejada para a filha. As boas práticas na consulta do adolescente determinam que parte da consulta seja realizada sem o acompanhante.¹⁰ O convite aceite para que a mãe se ausentasse do consultório consistiu na eliminação de plateia potencialmente indesejável para a representação honesta do papel social de doente.



A ordem de interação é uma ordem social básica, pois organiza a conduta das pessoas.¹¹ Este conceito constitui contributo nuclear de *Goffman* para a teoria interacionista simbólica.¹² Para analisar este caso clínico são convocadas três ordens de interação: a ordem clínica/deontológica, a qual se baseia no código deontológico; a ordem virtualista, a qual se baseia em virtudes morais; e a ordem procedimental, a qual se baseia nas boas práticas clínicas. A ordem clínica/deontológica considera orientação normativa para fazer a «coisa certa», tomando por referência as noções de certo e de errado.^{10,13} Esta noção está inscrita nos princípios deontológicos; por isso, no ato médico, esta forma de ética é a mais imperativa. Para efeito desta análise identifica-se, como pertencendo à ordem clínica/deontológica, a realização de anamnese cuidada, segundo o acrónimo HEADSSS,⁸⁻⁹ de exame objetivo atento, assim como a realização de meios complementares de diagnóstico importantes para excluir causa orgânica. A ordem virtualista considera orientação normativa para «fazer o que deve ser feito».¹³ Este tipo de ética é recomendável para todos os intervenientes do ato médico, concretamente o médico, o doente e a acompanhante. Ao analisar este caso clínico identifica-se como pertencendo à ética virtualista a comunicação feita à médica de família sobre o comportamento de risco da adolescente, a fácil aceitação pela mãe face ao convite para se ausentar do consultório e, por fim, a intenção anunciada pela adolescente de revelar à mãe a situação clínica. A ordem procedimental adota orientação normativa para «como pode ser feito». Integra o modelo biomédico, o qual se baseia numa abordagem clínica centrada na doença, e o modelo biopsicossocial, o qual se baseia numa prática clínica centrada na pessoa e não apenas na doença, explorando abordagem holística.¹⁰ Este tipo de ética oferece ao médico alternativas de abordagem clínica. No caso em análise adotou-se o modelo biopsicossocial para organizar a conduta médica no encontro clínico. Assim, identifica-se como pertencendo à ética procedimental a procura de causa não biológica para o problema da adolescente e o aconselhamento de práticas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis.

Estas três ordens de interação (deontológica, virtualista e procedimental) não determinam, por si só, o comportamento, pois este é mediado pela ética da responsabilidade pessoal dos atores intervenientes no encontro (Figura 1). A responsabilidade dos atores é funda-

mental, enquanto propriedade social do encontro clínico, e a responsabilização é processo de atribuição e reconhecimento da responsabilidade dos atores pelos seus comportamentos. Por isso, para o interacionismo simbólico, a responsabilidade moral é fator fundamental à ordem social, pois combina, num só conceito, por que o indivíduo agiu, como poderia ter agido, como deveria ter agido e como, no futuro, deverá agir.¹⁴ Ou seja, os médicos podem orientar o seu comportamento por qualquer uma daquelas orientações normativas e, noutros casos, podem adotar outras orientações de conduta; estas opções dependem dos sentidos de responsabilidade profissional. Durante a consulta, quando se tornou claro que não havia causa biológica para os sintomas revelados, a médica podia ter dado por concluída a consulta. Contudo, optou por procurar indícios de causas não reveladas. Foi esta prospeção que permitiu conhecer os comportamentos sexuais de risco da adolescente. Deste modo, a médica agiu de acordo com a ética da responsabilidade, o que lhe permitiu responsabilizar a paciente pela adoção de práticas preventivas.

Todos os encontros são baseados em processo de significação. Os atores agem com base em inferências produzidas a partir de sinais usados nas interações sociais⁷ e exprimem-se através da modalidade expressão transmitida, por meio de sinais verbais, e da modalidade de expressão emitida, por meio de sinais não verbais.⁷ As lágrimas inesperadas da paciente e o contínuo movimento das mãos foram interpretados como sinais de ansiedade, a qual era aparentemente injustificável pelo contexto clínico com indícios de uma causa não revelada e, talvez, não revelável. A sós com a adolescente, a médica sublinhou “*que estava ali para ajudar*” e, ao dizer isto, estabeleceu contacto ocular e inclinou o tronco para a frente, aproximando-se mais da adolescente. Os encontros permitem a troca de sinais de confiança, a qual é fundamental para a interação.¹⁰ Aqueles sinais verbais e não-verbais terão estimulado a confiança da adolescente, levando esta a revelar a causa da ansiedade e a razão de recurso ao SU.

Em conclusão, em contexto de ambiguidade e de incerteza clínica devida à omissão de informação por parte dos doentes, a leitura de sinais não-verbais pode ser mais eficaz para o conhecimento do caso clínico do que a leitura de sinais verbais. Nestes casos, a criação de condições adequadas à interação e à representação honesta do papel social de doente, como a eliminação de



plateias indesejadas e a valorização da responsabilidade pessoal, podem construir técnicas fundamentais para o sucesso do ato médico. A verdade e a confiança são, portanto, recursos relacionais fundamentais para a interação clínica, as quais não existem fora da interpretação responsável dos papéis sociais e da significação dos sinais transmitidos e emitidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nunes JM. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care; 2010.
2. Lewin S, Green J. Ritual and the organisation of care in primary care clinics in Cape Town, South Africa. *Soc Sci Med*. 2009;68(8):1464-71.
3. Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Soc Sci Med*. 2009;69(1):1-8.
4. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract*. 1979;29(199):77-82.
5. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. 2000;320(7244):1246-50.
6. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1):25-38.
7. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes; 1983.
8. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma n.º 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS; 2013.
9. Sacks D, Westwood M. An approach to interviewing adolescents. *Paediatr Child Health*. 2003;8(9):554-6.
10. Cardoso RM. Competências clínicas de comunicação. Porto: Afrontamento; 2018. ISBN 9789899795303
11. Goffman E. Behaviour in public places: notes on the social organization of gatherings. New York: The Free Press; 1963. ISBN 9780029119402
12. Smith G. Erving Goffman: key sociologists. New York: Routledge; 2006. ISBN 9780415355919
13. Israel M, Hay I. Research ethics for social scientists. London: Sage; 2006. ISBN 9781412903905
14. Goffman E. Les relations en public: la mise en scène de la vie quotidienne II. Paris: Les Éditions du Minuit; 1973. ISBN 9782707300638

CONFLITO DE INTERESSES

A autora declara não ter quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sara Gonçalves Domingues
E-mail: saradomingues.registos@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3066-9621>

Recebido em 26-08-2018

Aceite para publicação em 31-07-2019

ABSTRACT

THE MEDICAL ACT AS SYMBOLIC INTERACTION

Introduction: The medical consultation is a social gathering, based on symbolic interactionist theory and ethical theory. Symbolic interactionism gives the concepts of social role, audience, an order of interaction and personal responsibility. The deontological, virtue and procedural ethics come from ethical theory. This case shows that the success of clinical work may be due to the effectiveness of the symbolic interactive process developed in a clinical gathering.

Case report: Female teenager went to the Emergency Room (ER) due to an episode of collapse. In the past two months, she presented four similar episodes and several admissions to the ER for the same reason. She was accompanied by her mother. Symptoms were non-specific and physical examination plus complimentary tests showed no abnormalities. During the evaluation, the patient was rather anxious than we would expect from the clinical context, indicating a possible hidden cause. Her mother was then asked to leave the room. Alone with the teenager, she was again asked for any problems in her life, highlighting the importance of truth in the doctor-patient relationship. After some hesitation, she revealed that she had unprotected sexual intercourse with her boyfriend. The menstruation failed in the last two months, and she was worried about the possibility of pregnancy, but her mother was unaware of her relation. The pregnancy test was negative and she was advised to confide to her mother. Lastly, we stressed the importance of effective protection on sexual intercourse, and she was referred to her family doctor to schedule a follow-up appointment.

Comments: This case emphasizes the importance of symbolic interactionism in the success of the medical consultation. It explores the social roles played by the actors of a clinical gathering and recognizes the importance of non-verbal communication in the context of ambiguity and uncertainty of the patient's hidden information.

Keywords: Physician-patient relationship; Nonverbal communication; Clinical ethics.