

ISSN 1676-8965  
RBSE 6 (18): 707-724  
Dezembro de 2007  
ARTIGO

## **A consulta médica e as estratégias de negociação de um corpo saudável\***

*Maria Leonor Sampaio*

**RESUMO:** Quando procuramos uma consulta médica, decorra ela numa instituição pública ou privada, fazemo-lo com o objectivo de encontrar um diagnóstico para a resolução de um problema que vivenciamos através do nosso corpo. Subjacentes a esse problema estão as nossas representações sobre o corpo, que adquirimos através do contexto social através da interiorização de valores, ideologias e sistemas de categorização social que partilhamos. Parto da evidência de que os seres humanos comunicam frequentemente em situações de face a face no dia-a-dia e que essas interacções decorrem segundo expectativas situacionais que implicam o desempenho de um papel. Para tanto, deveriam todos os médicos ter formação específica dentro do campo da sociologia da medicina para saber como reagir nesses casos, ou, não a tendo, deveriam ser apoiados por um intérprete que servisse de interface na interacção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Corpo; Quotidiano; Representações Sociais; Consulta Médica.

---

\* - Texto apresentado no Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Corpo e Sexualidade.

**ABSTRACT:** When we look a medical consultation, elapses it in a public institution or private, we make it with the objective to find a diagnosis for the resolution of a problem that we live deeply through our body. Underlying to this problem they are our representations on the body that we acquire through the social context through the internalization of values, ideologies and systems of social categories that we share. Childbirth of the evidence of that the human beings frequent communicate in face situations the face in day-by-day and that these interactions elapse as expectations that imply the performance of a paper. For in such a way, all must the doctors have specific formation inside of the field of the sociology of the medicine to know as to react in these cases, or, not having it, they would have to be supported by an interpreter who served of interface in the interaction.

**KEYWORDS:** Body; Daily; Social Representations; Medical Consultation.

Como actores sociais que somos, é através do nosso corpo físico, da sua visibilidade perante os outros, que mantemos um relacionamento com a sociedade: as nossas percepções, pensamentos e sentimentos emergem da relação entre a nossa estrutura corporal e cultural. No quotidiano, nas interacções de face a face, o nosso corpo desempenha um papel crucial na forma como nos relacionamos com os outros. Shilling (1993, p. 22) reforça a idéia afirmando que temos corpos e agimos com os nossos corpos, e a nossa experiência de vida encontra-se inextricavelmente ligada com a experiência e a forma como gerimos o nosso corpo e o corpo dos outros indivíduos» com quem interagimos.

Quando procuramos uma consulta médica, decorra ela numa instituição pública ou privada, fazemo-lo com o objectivo de encontrar um diagnóstico para a resolução de um problema que vivenciamos através do nosso corpo. Subjacente a esse problema estão as nossas representações sobre o corpo, representações essas que adquirimos através do contexto social em que nos movemos, através da interiorização de valores, ideologias e sistemas de categorização social que nesse contexto partilhamos. Tenham elas a forma de um corpo saudável ou doente, as representações sobre o nosso corpo são, pois, modeladas por influências culturais e sociais.

### **A apresentação de si: Do paciente face ao médico e deste face ao paciente**

Parto da evidência de que os seres humanos comunicam frequentemente em situações de face a face na «vida do dia-a-dia» e que essas interacções decorrem segundo expectativas situacionais que implicam o desempenho de um papel. Segundo o modelo dramaturgico de Goffman, a interacção social é encarada como um desempenho (*performance*), sendo múltiplos os «palcos» onde os indivíduos interpretam diferentes papéis, perante múltiplas audiências. Quando na presença do outro, qualquer indivíduo procura obter informações a seu respeito ou mobiliza informações de que já dispõe a fim de poder definir a situação. Essas informações vão torná-lo apto

a prever o que o parceiro espera dele e, respectivamente, o que ele do outro pode esperar.

Como «regulador» da interacção há conjuntos de regras sociais, ou rituais, que são seguidos pelos indivíduos e que por eles foram interiorizados, a maior parte das vezes sem terem disso consciência. E porque todos os indivíduos representam em diferentes palcos durante a sua vida, desempenhando em cada palco diferentes papéis, somos orientados por diferentes regras que nos dizem como devemos actuar conforme as diferentes situações sociais em que nos situamos, segundo o nosso género, idade, cultura, profissão, etc.

Mas esta afirmação faz então prever que os actores que se encontram em palco «falam» a mesma linguagem, senão seria uma representação do absurdo, do *nonsense*, não se poderia chamar a esse encontro uma interacção. Daí podermos esperar que quando numa consulta médica se encontram em presença actores de diferentes culturas étnicas, ou de diferentes níveis de cultura académica, ter de haver um esforço de ambas as partes para que a interacção faça sentido. Para tanto, deveriam todos os médicos ter formação específica dentro do campo da sociologia da medicina para saber como reagir nesses casos, ou, não a tendo, deveriam ser apoiados por um intérprete que servisse de interface na interacção.

Mas os actores sociais participam num sistema em que todo o comportamento fornece uma informação socialmente pertinente. Nada acontece por acaso. Todo o olhar, todo o gesto, inclusive todo o silêncio se integra numa semiótica geral. Todas as formas de comportamento fazem parte da apresentação de si.

Mesmo que um indivíduo pare de falar, ele não deixa de comunicar através da linguagem do corpo. O que diz, pode vir ou não a propósito, mas não deixa de comunicar algo. «Quando os indivíduos se encontram reunidos em circunstâncias que não exigem troca de palavras, elas inserem-se mesmo assim, quer o queiram quer não, numa certa forma de comunicação. É que em toda a situação, é atribuída uma significação a diversos elementos que não estão necessariamente associados a trocas verbais: é necessário compreender assim o seu corpo, a sua aparência física e os actos pessoais tais como o vestuário, a postura, os movimentos e as atitudes, a intensidade de voz, os gestos como o cumprimento ou os sinais de mão, os enfeites do rosto e a expressão emocional em geral.» (Goffman, 1981, p. 267). Encaramos, pois, o corpo como um receptor de significado social e um símbolo de uma determinada sociedade (Douglas, 1970).

### **A situação de consulta médica**

Ao classificarmos uma determinada situação como «consulta médica», quer ela decorra nos limites físicos de um consultório privado, quer decorra no espaço da assistência médica pública, partimos da observação dos diferentes «quadros» que se nos apresentam e cujos pormenores já foram por nós interiorizados, categorizados, associados a essa situação. E ao observarmos o que foi «dito» durante a interacção, quer a comunicação seja verbal ou puramente comportamental, é como se estivéssemos a observar um guião de uma peça, acto por acto, porque «O

mundo não se reduz a uma cena e o teatro também não» (Goffman, 1991, p. 9).

A partir dos múltiplos postos de observação durante os seus estudos, Goffman concluiu que, apesar de na maior parte das situações as pessoas não se aperceberem de que estão a seguir normas ou regras situacionais, o certo é que essas regras de interacção estão presentes, umas seguidas conscientemente pelos actores, outras inconscientemente. Quando um paciente entra num gabinete de consulta, principalmente se o médico que o vai observar se encontra de pé, ele aguarda que o médico se sente ou que o convide a sentar para que ocupe a cadeira que sabe lhe estar destinada. Não vai de imediato sentar-se do outro lado da secretária, na cadeira do médico.

Não seria de esperar que o paciente subitamente se levantasse e comesçasse a cantar ou a dançar! Porque «No decurso de toda a ocasião social<sup>1</sup> pode-se esperar encontrar actividades que fazem parte intrínseca da ocasião: no sentido em que é normal, por exemplo, que no decurso de uma reunião política se espera ouvir discursos políticos. Uma tal «actividade de circunstância» ou de ocasião será (...) reconhecida como apropriada às situações que se criam sob a égide da ocasião social correspondente...» (Goffman, 1981, p. 270). Caso o paciente não agisse em conformidade com a circunstância, poderíamos continuar a estar perante uma consulta médica mas de um doente

---

<sup>1</sup> - Para Goffman, uma ocasião social implica a formação de agrupamentos de pelo menos duas pessoas. Desde que o indivíduo se encontre na presença de outro indivíduo tem lugar uma «situação social» que obedece a regras ou «conveniências» próprias.

mental ou desequilibrado que, por qualquer motivo, perdeu a noção da situação e, por esse facto, esqueceu também as regras de comportamento que os outros esperam de si, naquele espaço e naquela realidade.

Assim, quando observamos duas pessoas em interacção dentro de um gabinete médico, não rotulamos de imediato a situação como sendo o decurso de uma consulta médica.

Procuramos indicadores que ajudem a classificar a situação. Podem ser dois médicos que conversam, dois enfermeiros ou auxiliares que, representando para outra «peça», preparam em «palco» os «adereços» para que o acto « consulta médica» aconteça. Mas mesmo sem ouvir o possível diálogo que tem lugar entre os presentes, há símbolos, sinais, que ajudam a entender se o que decorre faz parte ou não de um acto de consulta médica: a bata branca vestida por um dos actores, o estetoscópio pousado displicentemente à volta do pescoço, o ar sério com que coloca as questões e a atenção dada às respostas, tomando notas, observando em simultâneo à contraluz uma radiografia, levam a quem conheça as ditas regras que regem o quotidiano hospitalar, a associá-lo ao papel de médico; enquanto que a expressividade com que o interlocutor responde, o esgar de dor que por vezes lhe assoma ao rosto quando aponta e toca certas regiões do corpo, ajudam a associá-lo ao papel de doente. E isto porque em sociedade se encontram codificadas estas outras possibilidades de comunicação. Como diz Goffman: «Existe (...) uma simbólica corporal, um dialecto de atitudes e de gestos individuais, que

tendem a suscitar no actor aquilo que ele suscita nos que o rodeiam...» (Goffman, 1981, p. 267).

De sublinhar também a importância da aparelhagem simbólica utilizada habitualmente pelo actor durante a representação, aquilo a que Goffman chama de *fachada* (Goffman, 1973, p. 29), mas que pode compreender o *décor* que inclui o mobiliário, a decoração, a disposição dos objectos e outros elementos de segundo plano que constituem o pano de fundo, e os acessórios dos actos humanos que se desenrolam num determinado local e que ajudam igualmente a classificar a situação da interacção. Quer a consulta médica decorra numa clínica privada, num posto médico público, num hospital de campanha, o *décor* é fundamental para compreendermos a situação que observamos.

## **A Negociação e suas estratégias**

Já vimos, pois, que em interacção se encontram pelo menos dois actores *implicados* numa «actividade de circunstância», o que significa que eles têm de «manter uma certa atenção intelectual e afectiva, uma certa mobilização dos seus recursos psicológicos; numa palavra isso significa envolvimento (*to be involved in it*)» (Goffman, 1981, p. 270).

Os actores em situação esforçam-se, pois, por representar o mais convincentemente possível os seus papéis. E se em qualquer situação de interacção a representação dos actores visa um objectivo, na situação de interacção «consulta médica», da qualidade da representação, do envolvimento dos



actores, depende o sucesso do objectivo da interacção procurado por ambos os actores: a constituição de um diagnóstico médico que satisfaça as duas partes em presença.

Para tal, ambos os actores utilizam na interacção determinadas estratégias a fim de se influenciarem mutuamente e conduzirem a consulta para o fim que se propunham e que vão traçando nessa interacção. Porque a situação de consulta não acontece no vácuo, nem o decurso da consulta é estabelecido simplesmente pelos factos ou «história clínica» que o paciente apresenta nem pela competência do médico para os interpretar. São inúmeras as fontes e recursos chamados para a ocasião e que ambos utilizam no desenvolvimento da interacção.

E se a linguagem verbal e a linguagem corporal ajudam a passar a informação numa determinada situação social, elas são fundamentais para que o observador, mas essencialmente para que os indivíduos em interacção, se apercebam do envolvimento mútuo: tanto do médico que consulta como do paciente que é consultado. E podemos então falar de «*um dialecto de envolvimento*» (Goffman, 1981, p. 272).

Constituindo a consulta médica uma situação procurada pelos pacientes para apresentarem um problema, real ou imaginário, que os perturba, do maior envolvimento de ambos os actores em presença, da maior cooperação entre os dois, melhores e mais rápidos serão os diagnósticos que conduzirão ao combate do problema. E sendo as noções de saúde e de doença socialmente construídas, o estar ou não

doente é uma condição que pode ser igualmente negociada no contexto das interações.

Existem, no entanto consultas que são de rotina, em que a razão que levou o paciente à consulta se encontra já circunscrita limitando-se a consulta a ser uma repetição de um regime de prescrição, tal como nos foi dado observar no Serviço de Atendimento Complementar do Centro de Saúde de Alcântara, em que alguns pacientes justificavam a marcação de consulta, «Para pedir uma receita ao médico» (Sampaio, Resende, e Domingos, 2001).

Mas existem também situações de consulta em que, não sendo rotineiras, o médico e o paciente já se conhecem e a visita resulta de uma situação de doença ou mal-estar ainda não debelado e cujo tratamento necessita de ser seguido, ou resumindo-se a consulta a um *follow-up* que se destina a verificar se um determinado quadro de saúde se mantém inalterado após uma doença tratada que pode sofrer recidiva.

Nestes casos em que a «história clínica» já é conhecida, tanto o médico como o paciente reatam um conhecimento mútuo anterior: o médico tem perante si a «ficha clínica» do paciente onde estão inscritas as indicações sobre alguns dados de caracterização do doente bem como os principais aspectos do caso clínico que está a examinar, encontrando-se por vezes também anotados comentários sobre o comportamento presencial do paciente que o médico ache relevante para o caso clínico em observação e que deverá ter em conta sempre que uma situação de negociação se apresenta.

Mas é a situação de primeira consulta que exige por parte dos actores um maior cuidado e maior tempo de interconhecimento. É nessa consulta que o médico toma nota da história clínica do paciente. O período de anamnese é mais longo; os actores em interacção estudam-se mutuamente, mas por razões diversas. Ao médico interessa-lhe essencialmente conhecer todos os dados pertinentes para justificarem uma determinada sintomatologia mas encontra-se igualmente preocupado em actuar de acordo com as expectativas dos doentes com que interage.

Já o paciente vai observando o perfil do médico e fornecendo os dados que ele pensa poderem ser interessantes para o problema em questão. Não apresenta toda a informação logo de início, não só porque pode não a ter presente mas igualmente porque não sabe se essa informação se relacionará com o problema em questão. Vai seleccionando a informação consoante as questões que o médico vai colocando. Mas ambos lançam mão de conhecimentos prévios, fruto de pesquisa ou de experiências anteriores e que irão facilitar a circunscrição do quadro do problema bem como a via mais provável para o combater.

Os profissionais da saúde como todos os grupos profissionais/sociais, no desempenho dos diferentes papéis respondem a uma série de constrangimentos: institucionais, políticos, pessoais, normativos. Stimson e Webb, autores que nos seus estudos se debruçaram sobre o período de tempo «durante e depois» da consulta médica, referem as preocupações que se colocam ao médico na presença do paciente: «O que

devo dizer a este paciente? Quanto daquilo que eu sei sobre ele lhe devo contar? Que palavras devo eu utilizar para transmitir esta informação? Quanto daquilo que eu pretendo contar-lhe, compreenderá? Como vai ele reagir? Quantos dos meus conselhos vai ele seguir? Que nível de insistência me é permitido utilizar?» (Stimson e Webb, 1978, p. 146).

Os próprios pacientes sofrem diferentes tipos de constrangimento, tendo um deles a ver com a exposição do seu corpo a um ou vários médicos; o facto de serem médicos não deixa de intimidar e fragilizar o paciente sob observação. E do mesmo modo ao paciente se colocam dúvidas face ao que irá dizer ao médico, como contar a história dos seus problemas, que pontos realçar, o que dizer para que seja levado a sério : «Que importância vai ele dar àquilo que eu lhe vou dizer?» (Stimson e Webb, 1978, p. 146). E estas dúvidas e cuidados serão tanto maiores quanto menor for o interconhecimento.

Ao dirigir-se para uma consulta médica, o paciente prepara a sua exposição sobre o problema que o preocupa de forma a que o médico apreenda com minúcia todos os seus sintomas: «Porque o paciente tanto antes como durante a consulta considera *o que deve dizer* ao médico» (Stimson e Webb, 1978, p. 146) . Mal se apercebe dos seus sintomas, o paciente inicia a sua interpretação e categorização tentando estabelecer ligações com outros factores que pensa poderem estar relacionados, sejam eles de ordem física ou contextual: por exemplo, as dores de estômago que podem estar relacionadas com o *stress*

no trabalho ou as dores de cabeça que podem ter a ver com o facto de estar a ver mal.

Sendo cada vez maior o conhecimento que no decurso da modernidade os pacientes têm do seu corpo, mais frequente é o autodiagnóstico, com os pacientes a recorrerem a leituras ou a consultas na Internet, por vezes com a ajuda de familiares e amigos. Deste modo, acontece por vezes que os médicos se deparam com situações como a que Antunes relatou: um dia, ao perguntar a um paciente o que o tinha levado à consulta, o paciente apresenta-lhe uma série de exames complementares de diagnóstico que já tinha feito, dizendo: «O que me traz cá é isto!»<sup>2</sup>.

Por mais fantásticas que sejam as realizações técnicas alcançadas pela ciência médica, a experiência do paciente face à doença e aos cuidados médicos cria neles representações que por vezes os clínicos têm que ajudar a superar, para conseguirem aliviar-lhes o sofrimento. «Porque o sofrimento, como os médicos generalistas sabem, é uma experiência subjectiva que pode ou não responder aos regimes terapêuticos direccionados para um processo patológico de doença, mesmo que esses regimes tenham dado provas de serem eficazes tecnicamente.» (Gerteis, 1993, p. 2).

Por esse motivo o médico recorre a variadas estratégias de negociação, utilizando diferentes gramáticas conforme o tipo de paciente que tem à sua frente e consoante a gravidade do problema com que se depara. Porque aos médicos também se coloca por

---

2 - Referido num artigo de João Lobo Antunes saído no jornal Expresso de 11 de Janeiro de 2003.

vezes o dilema de o processo de cura no imediato provocar mais sofrimento ao paciente do que a própria doença. E esse facto condiciona as decisões clínicas, a própria eficácia do tratamento e os resultados clínicos. Como reagir? Como conciliar a prática científica nua e crua com uma preocupação mais centrada na «bondade», na compreensão do sofrimento do paciente?

Gerteis (1993, p. 3) refere que os os médicos generalistas têm desde sempre procurado diferentes formas de conciliar as únicas, subjectivas e qualitativas características da doença com as racionais, objectivas e categóricas exigências da ciência médica, desde a luta travada no início do século passado por Richard Cabot, um eminente médico do Hospital Geral de Massachusetts, contra as incongruências entre a compaixão cristã e a distância científica, até às práticas mais recentes, em que os responsáveis pelas decisões clínicas se debatem com o problema da quantificação dos valores individuais dos pacientes.

Vemos então que por diversas razões também o médico é selectivo naquilo que decide dizer ao paciente: «O médico pode não informar o paciente sobre o tipo de droga que lhe prescreveu ou sobre os possíveis efeitos secundários do tratamento. Da mesma forma o paciente pode esconder do médico informações por pensar que o vão colocar numa posição de desvantagem...» (Stimson e Webb, 1978, p. 148), ou comprometedor, quando, por exemplo, não seguiu as indicações prescritas no tratamento a cumprir, por esquecimento ou por não estar de acordo com o diagnóstico do médico.

Do melhor entendimento que ocorra em interacção de face a face, maior o envolvimento de ambos os actores na situação de consulta e maiores as probabilidades de ser traçado mais rapidamente um diagnóstico correcto e por isso mais rápida poderá ser a resolução do problema.

Daí ser frequente ouvir-se o lugar-comum de que «gostar e ter confiança no seu médico equivale a meia cura».

No entanto, sabe-se, «a partir de estudos quantitativos sobre o uso, por parte dos pacientes, de medicamentos prescritos, que uma elevada proporção de pacientes não segue as instruções do seu médico quanto à toma de medicamentos prescritos» (Stimson e Webb, 1978, p. 150). Qual a razão subjacente a este comportamento? Seria interessante verificar que tipo de relacionamento estes pacientes estabelecem com o seu médico pois, à partida, seria de supor que o paciente que confia no seu médico, seguirá mais fielmente os conselhos que ele pronunciou; as prescrições por ele apresentadas. Sendo o contrário também verdade, em que o paciente ou porque não concordou com o diagnóstico estabelecido pelo clínico ou porque não «engraçou» com o médico, não volta a procurá-lo em consulta nem tão pouco segue as suas prescrições.

Quando o relacionamento com o clínico é harmonioso, sucede com freqüência uma outra situação em que o paciente negoceia a própria medicação. Acontece por vezes um paciente não gostar da via de administração de um fármaco negociando com o médico a prescrição de outra via de aplicação: o caso de uma mãe, por

exemplo, que sabendo que o filho não gosta do sabor de cereja de um determinado xarope negociar a prescrição de um produto similar com sabor a laranja...

Daí que a experiência dos pacientes e aquilo que eles pensam sobre essa experiência, deva ser tomada em conta pelos responsáveis pelos planos de saúde, pelos decisores políticos e investidores, «porque essa experiência tanto quanto a qualidade técnica dos cuidados, vai determinar o modo como os indivíduos usam o sistema de cuidados de saúde e os benefícios que eles daí colhem.» (Gerteis, 1993, p. 3), porquanto o julgamento dos doentes não vai incidir sobre a qualidade científica e técnica dos cuidados que lhe foram prestados, uma vez que não têm conhecimentos para os analisarem e julgarem. O julgamento dos doentes vai incidir sobre aquilo que sentem que «realmente receberam».

## **Bibliografia**

ANTUNES, João Lobo : Entrevista ao jornal *Expresso* de 11 de Janeiro de 2003.

DOUGLAS, Mary: *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*, London, The Cresset Press, 1970.

GERTEIS, Margereth, et al: *Through the Patients Eyes - Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, San Francisco, Jossey-Bass, 1993.



GOFFMAN, Erving: *La mise en scène de la vie quotidienne – I. La présentation de soi*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1973.

GOFFMAN, Erving: *Les cadres de l'expérience*, Paris, Éditions de Minuit, 1991.

GOFFMAN, Erving: «Engagement», *in La Nouvelle communication*, textes recueillis et présentés par WINKIN, Yves; Paris, Éditions du Seuil, 1981.

SAMPAIO, Leonor; RESENDE, José Manuel; DOMINGOS, Nuno: *O Perfil dos Utentes das Urgências do H. S. F. Xavier – Tentativa de Compreensão de um Comportamento Compulsivo* (1<sup>o</sup> Relatório–Estudo Exploratório), Lisboa, U. N. L. – F.C. S. H., 2001.

SHILLING, Chris: *The Body and Social Theory*, London, SAGE Publications, 1993.

STIMSON, G.; WEBB, B.: «The face-to-face interaction and after the consultation», *in* Tuckett, D. & Kaufert J. M (eds), *Basic Readings in Medical Sociology*, Londres, Tavistock Publications Limited, 1978, p. 146.

WINKIN, Yves, *La Nouvelle communication* – textes de Bateson, Birdwhistell, Goffman, Hall, Jackson, Schefflen, Sigman Watzlawik, recueillis et présentés par Winkin; Paris, Éditions du Seuil, 1981.