

A dimensão psicossocial e a autonomia do paciente: desafios para a relação médico-paciente no programa saúde da família

Anamélia Lins e Silva Franco

Universidade Católica de Salvador (UCSAL)

Vânia Sampaio Alves

ISC/UFBA

RESUMO

A relação médico-paciente tem sido reconhecida como problema de saúde pública. Estudos têm caracterizado esta relação a partir de padrões ideais identificados a partir da aplicação de escalas e de registros a posteriori. O presente estudo pretendeu avançar nas estratégias metodológicas de apreensão e interpretação da relação médico-paciente no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). Problematicando a abordagem da dimensão psicossocial do processo saúde-doença pelo médico e o desenvolvimento da autonomia dos pacientes, analisaram-se 408 consultas de 20 médicos. As consultas foram observadas sob orientação de um instrumento observacional e registradas em áudio. Os dados do instrumento observacional, aprofundados pela análise de conteúdo das consultas de 10 médicos, demonstram que a dimensão psicossocial não foi abordada na maioria destas consultas. Observou-se predomínio do padrão biomédico de relação médico-paciente, com o profissional assumido uma postura não-dialógica, circunstância desfavorável ao desenvolvimento da autonomia dos pacientes.

Palavras-chave: Relação médico-paciente; psicossocial; autonomia do paciente.

ABSTRACT

The psychosocial dimension and the patient's autonomy: challenges to the doctor-patient relationship in the Family Health Program

The doctor-patient relationship has been recognized as a public health problem. Studies have described this relationship based on ideal standards from the application of scales and records. This study aimed at advancing in the methodological strategies of collection and interpretation of the doctor-patient relationship in the context of the Family Health Program (PSF). The psychosocial dimension in the the health-disease process and the development of patient autonomy were discussed and analysed in 408 consultations of 20 doctors. An observational instrument was used in the consultation, which were which were recorded in cassettes. The data collect, together with the content analyses of consultations of 10 doctors, showed that the psychosocial dimension was not dealt with in the majority of these consultations. The most common relationship was of a biomedical pattern where the physician did not promote a dialogue and therefore did not favor patient autonomy.

Key words: Doctor-patient relationship; psychosocial; patient autonomy.

INTRODUÇÃO

No cotidiano dos serviços de saúde se reconhece frequentemente a ocorrência de um adiamento das soluções dos problemas de saúde por não haver uma concordância entre o pedido do paciente e o problema identificado pelo médico. Uma outra questão, derivada desta, ocorre quando um mesmo paciente solicita consulta a vários profissionais, na tentativa de ser compreendido e, conseqüentemente, ter atenção ao proble-

ma que o leva a buscar ajuda. Sabe-se que nem todos os problemas de saúde poderão ser solucionados, porém a compreensão e valorização da queixa do paciente pode contribuir para que estes venham a ser pelo menos minimizados ou cuidados. A constatação destas questões fez com que a relação médico-paciente fosse reconhecida como um problema de saúde pública (Simpson et al., 1991).

Os estudos a respeito da relação médico-paciente, contemporaneamente, têm analisado esta relação utili-

zando-se de escalas ou categorias pré-elaboradas. Estes instrumentos se prestam a confirmar a ocorrência ou não de aspectos considerados relevantes a uma situação previamente identificada pelos pesquisadores. Está articulado com esta discussão o debate travado dentro de estudos de natureza antropológica em torno das categorias éticas e êmicas.

Roter e Hall (1989) publicaram um artigo de revisão dos estudos de interação médico-paciente, afirmando que se tratava de um tema de interesse há muitos anos e que o número de estudos empíricos duplicara entre os anos 1982-1987. Composta, em sua maioria, por trabalhos exploratórios, tais estudos não conseguiram indicar relações significativas entre os elementos em análise, formulando conclusões frágeis. Os artigos analisados por aquela revisão são baseados em registros da comunicação médico-paciente, excluindo estudos com base em relatos *a posteriori*. Buscando propor uma contribuição mais efetiva, Roter e Hall (1989) optaram pela realização de uma meta-análise.

Nos estudos analisados nesta meta-análise, os efeitos mais frequentemente medidos foram: satisfação do paciente, solicitação de informação ou de esclarecimento do problema médico por parte do paciente e sua adesão ao tratamento. Dentre as variáveis consideradas, satisfação foi a mais preditiva, pela quantidade de informação prestada na consulta médica, aparecendo também positivamente associada à comunicação geral, e especificamente, à comunicação social, quando se constrói uma relação de parceria positiva. Por outro lado, a satisfação esteve negativamente relacionada às falas negativas. Satisfação foi relacionada ainda à competência técnica e interpessoal. Adesão foi associada a padrões de comportamento fornecidos na consulta, incluindo: mais informação prestada, menos questões gerais e mais falas positivas. A variável solicitação do paciente para retomada de temas mostrou maior poder preditivo para maior volume de informação prestada, mais falas positivas e mais construções de parceria.

As autoras consideram que o mecanismo explicativo para o padrão apresentado está relacionado ao amplo conceito de reciprocidade. Entretanto, a troca recíproca não é semelhante entre médico e paciente. Os comportamentos inerentes à tarefa do médico como ouvir, perguntar, examinar, interpretar e prescrever produzem uma significação emocional para o paciente e, por causa disto, pode-se esperar correlações entre os comportamentos inerentes à tarefa do médico e os comportamentos socioemocionais do paciente. Comportamentos inerentes à tarefa do médico podem ser tomados com significado socioemocional de dois modos: veículo e interpretação. A qualidade da voz, a for-

ma como toca, a maneira como escuta o paciente podem ser, em si, um veículo para apreensão de significados. Interpretação estaria mais relacionada à comunicação verbal. Como exemplos, destacam-se: médicos que prestaram mais informações foram aqueles reconhecidos por falar com uma voz qualitativamente diferenciada; o profissional que é mais ativo no domínio da tarefa tende a ser interpretado como interessado e cuidadoso, especificamente com relação a comportamentos sócio-emocionais, posto que o paciente faz uma inferência positiva sobre a motivação do médico em se engajar nos comportamentos relativos à sua tarefa.

Diante da análise realizada, as autoras propuseram como diretrizes para os próximos estudos: elaborar modelos teóricos para guiar as investigações, superar as limitações metodológicas, dada a exclusividade de estudos transversais e análises baseadas nas frequências dos comportamentos verbais, realizar estudos longitudinais e desenvolver desenhos mais criativos. Apesar dos interessantes resultados apresentados, estes estudos ativeram-se a uma classificação dos objetos das interações e posterior análise de correlação. Recursos da análise de conteúdo não foram utilizados, assim como nada além da interação imediata foi contemplado. Este volume de estudos deixa a impressão de que o padrão observado e desejado de interação médico-paciente é obtido em qualquer condição de trabalho ou contexto relacional.

Aprofundando o estudo sobre a relação médico-paciente, Emanuel e Emanuel (1992) propuseram quatro tipos ideais de relação: paternalista, informativo, negociador e interpretativo. A partir destes tipos ideais, Roter et al. (1997) realizaram um estudo argumentando que apesar de nos últimos 25 anos milhares de consultas terem sido gravadas em áudio ou em vídeo, os estudos realizados basearam-se em análises de categorias individuais e que, por isso, a produção apresentada na literatura tem permanecido unidimensional. O estudo verificou se são observáveis padrões de relação médico-paciente na prática médica através de dados empíricos e se estes guardam alguma semelhança com os tipos ideais de Emanuel e Emanuel (1992). Cinco padrões foram descritos por Roter et al. (1997):

1. *Biomédico Superficial* – Caracteriza-se por pouquíssima abordagem de tópicos psicossociais tanto pelo médico quanto pelo paciente. Neste padrão predomina a informação biomédica ao longo da consulta, sendo esta prestada tanto pelos médicos quanto pelos pacientes. As falas dos médicos são caracterizadas por uma alta porcentagem de perguntas.

2. *Biomédico Extensivo* – Trata-se de um padrão semelhante ao anterior, embora apresente níveis mais

moderados de troca de informações biomédicas e psicossociais entre médico e paciente.

3. *Biopsicossocial* – Observa-se um equilíbrio relativo na abordagem de questões de caráter biomédico e psicossocial na comunicação entre médico e paciente. A comunicação do médico é predominantemente biomédica, em relação à comunicação de conteúdo psicossocial. Poucas questões são feitas pelos médicos em comparação ao observado nos dois padrões biomédicos. Para os pacientes neste padrão, a abordagem biomédica encontra-se em equilíbrio com a abordagem psicossocial e assuntos sociais são mais observados para ambos.

4. *Psicossocial* – O padrão mais nítido dos cinco. A comunicação é claramente dominada por temas psicossociais. As falas do médico são quase divididas ao meio entre o psicossocial e o biomédico, e os pacientes tratam duas vezes mais o psicossocial em relação ao biomédico. Este padrão mostra o menor índice de perguntas fechadas para ambos, médico e paciente.

5. *Consumidor* – Compreende o médico como um consultor que responde a questões mais do que quem as formula. Este padrão combina uma frequência baixa de perguntas feitas pelo médico e uma alta frequência de questões do paciente e o maior de todos os índices de informações prestadas pelo médico. Caracteriza-se ainda por índices baixos de trocas psicossociais e sociais.

As conclusões do estudo demonstram um padrão de comunicação biomédico extensivo presente entre os pacientes mais velhos e o padrão consumidor entre os mais jovens. As consultas com pacientes afroamericanos e mais pobres apresentam um padrão predominantemente biomédico superficial. Há maior satisfação entre aqueles que compõem o grupo de padrão de comunicação psicossocial. Metade dos médicos usam sempre os mesmos padrões, independentemente dos pacientes. Isto mostra que os médicos não vinculam seus padrões às singularidades dos pacientes ou às suas demandas.

Seguindo esta linha de discussão sobre a influência de diferenças culturais na relação médico-paciente Ishikawa et al. (2002) consideravam, que em geral, o número de estudos sobre relação médico-paciente tem aumentado significativamente no mundo ocidental nos últimos anos e isto tem sido motivo para a realização de estudos semelhantes no Japão. Entretanto os poucos estudos japoneses tem sido desenvolvidos com instrumentos ocidentais. Estes autores, nesta oportunidade, descreveram características da comunicação médico-paciente com pacientes da clínica de neoplasia e analisaram a relação desta interação com a satisfação do paciente. Para este estudo foram analisadas 172

consultas utilizando o Sistema de Análise da interação de Roter (RIAS). Os resultados do estudo demonstram que a estrutura da interação no Japão é similar aos estudos ocidentais nos quais os médicos são os que fazem maior número de intervenções e estas são focalizadas em tópicos biomédicos. A relação entre a comunicação médico-paciente e a satisfação com o paciente em geral foi consistente com outros estudos: os pacientes são mais satisfeitos com as consultas em que os médicos fazem perguntas abertas, entretanto, a direção do médico e o encorajamento foi negativamente associado com a satisfação e também os pacientes que perguntaram mais ficaram menos satisfeitos com as consultas.

A questão da satisfação do paciente também foi explorada por Mead, Bower e Hann (2002). A partir dos anos oitenta os profissionais de saúde buscaram desenvolver suas práticas centradas nos pacientes (*patient-centredness*), estes autores reconhecem que este conceito é complexo e que vem sendo utilizado pelos profissionais como atenção as necessidades psicossociais, o uso de comportamentos psicoterapêuticos buscando o companheirismo e uma postura de facilitação positiva nos processos de tomada de decisão dos pacientes. Os autores afirmam que existem poucas evidências consistentes que o uso pelo médico deste estilo de consulta conquiste melhores resultados com relação a satisfação do paciente. Buscando enfrentar esta lacuna e os limites teóricos e metodológicos dos estudos realizados foram analisadas três das cinco dimensões reconhecidas como caracterizadoras da relação médico-paciente centrada no paciente. As dimensões observadas foram: perspectiva biopsicossocial, compartilhamento de poder e responsabilidade e aliança terapêutica. Estas dimensões foram operacionalizadas enquanto comportamentos socioemocionais e tarefas que deveriam ser desempenhadas pelos médicos. Foram usadas técnicas de observação em profundidade em 173 consultas gravadas em vídeo e as análises das medidas de satisfação do paciente atendidos nos arredores de Londres. Os resultados obtidos a partir de regressão multivariada mostraram que os comportamentos centrados nos pacientes não predizem satisfação. Os resultados deste estudo são motivo de vários questionamentos já que enfraquecem o argumento de diversos autores nos últimos vinte anos. Para a realidade brasileira o que vem sendo discutido é que uma medida como satisfação tornou-se objeto de dúvida porque o maior motivo de insatisfação dos usuários relaciona-se ao acesso e não ao atendimento propriamente dito apesar de ser reconhecido inclusive pelos profissionais de saúde os limites do atendimento prestado. Além disto sabe-se que

as medidas de satisfação estão relacionadas ao processo de cidadanização da população (Silva e Formigli, 1995; Noronha et.al., 2004). O trabalho de Rotter apresentado a seguir ao tratar da construção da autonomia do paciente preocupa-se com uma outra dimensão do trabalho em saúde que influenciará na capacidade de avaliação por parte dos usuários.

Entre as contribuições mais recentes de Roter (2000), encontra-se uma discussão sobre a construção da autonomia dos pacientes, seguindo orientações teóricas de Paulo Freire. A autora propõe que sejam usadas estratégias da Pedagogia Libertadora para implementar a comunicação entre médico e paciente. Propõe três chaves de experiências de conscientização: relacionar e refletir sobre a experiência, estabelecer o diálogo e desempenhar ações conscientes, esta última promovendo o processo de autonomia do paciente, já que se espera que cada paciente reconheça suas condições para controlar e transformar as circunstâncias da vida.

A partir do estabelecimento de uma relação dialógica entre médico e paciente vislumbra-se a possibilidade de desenvolvimento da autonomia deste último. De acordo com Freire e Schor (2000), uma relação dialógica, quando libertadora, implica um encontro entre sujeitos que refletem sobre sua realidade tal como a fazem e re-fazem. Este encontro deve ser transformador dos sujeitos e, por conseguinte, de sua realidade. Assim, a relação médico-paciente pode ser pensada como um espaço de reconstrução da realidade que determina o processo saúde-doença e que, a partir do discurso, pode vir a ser singularizada. Uma relação médico-paciente dialógica aproxima-se de padrões psicossociais, segundo a definição de Roter et al. (1997), e a conseqüente superação de padrões biomédicos de relação. Esta superação, acentua Merhy (1997), favorece que médicos e pacientes reconquistem uma relação entre sujeitos que, na compreensão deste autor, consiste numa condição perdida, inclusive pelo médico, em virtude do indiscriminado uso de tecnologias especializadas e protocolos.

O presente estudo situa-se no cenário da produção sobre o tema da relação médico-paciente buscando avançar nas estratégias metodológicas de apreensão e interpretação do fenômeno. Tomando o Programa Saúde da Família (PSF) como contexto desta relação, no qual esta tem sido dimensionada como indutora da reorientação das práticas assistenciais, o estudo tem como objetivo analisar a abordagem da dimensão psicossocial do processo saúde-doença pelo médico de saúde da família e discutir como esta abordagem pode favorecer o desenvolvimento da autonomia dos pacientes. Esta autonomia, de acordo com a pedagogia freiriana, está sendo compreendida como capacidade

consciente e crítica de ação sobre a realidade em que se vive, o que implica um empoderamento que pode ser observado a partir da adoção de uma postura ativa de cuidado com a própria saúde e com a saúde comunitária.

Este estudo foi realizado paralelamente na Bahia e no Ceará. No Ceará foram observadas 400 consultas divididas igualmente entre dez médicos do Programa de Saúde da Família de Fortaleza e outros dez de um município de cada uma das principais regiões geográficas do estado: serra, sertão e litoral. Os resultados demonstram que apesar de no começo das consultas os médicos mostrarem-se empáticos com os pacientes, 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, 58% das consultas os médicos não verificam a compreensão dos pacientes sobre as indicações terapêuticas, e a maioria das consultas (91,4%) os médicos não abordam os medos e ansiedades dos pacientes entre outros aspectos da dimensão psicossocial que pode ser tratado em uma consulta médica.

MÉTODOS

A metodologia deste estudo, tanto no que se refere às estratégias de coleta quanto à análise dos dados, foi construída seguindo orientações propostas por Atkinson (1993) e referendadas por Gattinara et al. (1995), que recomendam o uso de várias estratégias metodológicas para a aproximação de um mesmo objeto.

Participaram do estudo vinte médicos, dos quais treze eram mulheres, de três municípios do estado da Bahia, selecionados a partir de caracterização geográfica. Cada profissional teve, em média, 20 consultas observadas e gravadas em áudio, sob consentimento informado dos profissionais e pacientes.

A observação das consultas foi orientada por um instrumento observacional (Grol e Lawrence, 1995), adaptado para esta finalidade. O instrumento compreende 31 itens divididos em quatro linhas e quatro colunas. As linhas contemplam os momentos da consulta: investigação do problema, esclarecimento do problema-diagnóstico, definição do problema-informação diagnóstica, e formulação de um plano. Nas colunas encontram-se aspectos relacionados à estrutura da consulta, condução da relação médico-paciente, gestão clínica e investigação psicossocial. Para cada um dos itens, pontuava-se a ocorrência do aspecto distinguido entre *não realizado*, *realizado parcialmente* e *completamente realizado*.

Os aspectos da investigação psicossocial contemplavam dimensões subjetivas e familiares associadas ao problema de saúde, a abordagem destas dimensões

pelo médico e sua discussão, o incentivo a participação do paciente para enfrentamento das condições identificadas. Pode-se observar que aspectos psicossociais são considerados pertinentes de serem explorados desde a suspeita do próprio paciente, as relações do sintoma com fatores psicossociais, a prestação de informações a respeito da pertinência das relações estabelecidas e a participação do paciente no processo de cura.

Os dados obtidos a partir da aplicação do instrumento observacional foram aprofundados mediante análise de conteúdo da transcrição das consultas de dez médicos.

RESULTADOS

Os resultados enfocam os dados obtidos a partir do instrumento observacional que dizem respeito à abordagem da dimensão psicossocial do processo saúde-doença pelo médico de saúde da família, pretendendo compreender como esta abordagem pode favorecer o desenvolvimento da autonomia dos pacientes. Na Tabela 1, apresenta-se a porcentagem dos itens relativos à investigação do aspecto psicossocial nas consultas dos vinte médicos de saúde da família por município. Foram observadas 408 consultas.

A análise da transcrição das consultas aprofunda estes dados evidenciando que a dimensão psicossocial do processo saúde-doença-cuidado não é explorada ao longo do seu desenvolvimento. O fator psicossocial não é incluído na investigação do problema, não sendo sequer considerado como variável relevante para o restabelecimento e manutenção da condição de saúde do paciente, da família e da comunidade adscrita.

Os dados demonstram que a abordagem dos aspectos psicossociais não foi realizada na maioria das consultas, havendo pouca distinção entre os três municípios. O Município Dois que entre os três estudados tem as maiores porcentagens de aspectos “realizados completamente” possui as melhores condições, no que diz respeito, ao sistema de saúde e obteve as maiores porcentagens em todos os aspectos analisados no instrumento. Entretanto, as altas porcentagens de não realização destes itens nas consultas independe do município, do sexo e da idade do médico, do local de formação do profissional e do tipo de queixa.

A seguir, são tomadas situações ilustrativas que exemplificam como os aspectos psicossociais *deixaram de ser* contemplados nas consultas observadas.

O papel do profissional de saúde é solidarizar-se?

Uma senhora chega para uma consulta de acompanhamento devido um quadro de reumatismo. Ao longo da consulta relata que está há dois anos sem trabalhar (trabalhava em casa de família) e que o sustento da casa advém de um filho de 13 anos que trabalha em uma padaria de um parente. A senhora conta sobre a vida sacrificada dos filhos, especialmente daquele responsável pelo sustento da família que se atrasou nos estudos porque passou um tempo trabalhando em horário incompatível a escola. Conta ainda a senhora que o pai dos filhos saiu de casa como quem ia à esquina e nunca voltou, pelo menos para acertar como manter os filhos. O médico mantém-se fazendo os registros referentes ao exame físico enquanto a senhora conta sua história. Na direção da conclusão da consulta, o médico afirma: “É difícil mesmo” e apresenta a prescrição dos procedimentos subseqüentes.

TABELA 1
Porcentagem dos itens relativos aos aspectos psicossociais observados a partir do Instrumento Observacional por município

Itens observados	Não realizado			Realizado parcialmente			Realizado completamente		
	Mun. 1	Mun. 2	Mun. 3	Mun. 1	Mun. 2	Mun. 3	Mun. 1	Mun. 2	Mun. 3
Investigação dos medos e ansiedades em relação ao problema	100,0	90,6	94,3	–	3,0	2,4	–	6,4	1,6
Discussão das reações da família e amigos frente ao problema	98,8	97,0	95,9	1,2	1,0	0,8	–	2,0	1,6
Investigação dos aspectos sociofamiliares da queixa	96,3	88,2	93,5	2,4	3,0	4,1	1,2	8,9	1,6
Em caso de fatores psicossociais, exploração destes fatores e seu significado na doença	98,8	96,1	97,6	1,2	2,5	1,6	–	0,5	0,8
Discussão da relação entre os aspectos somáticos e psicossociais	100,0	96,6	97,6	–	1,0	1,6	–	2,0	0,8
Informação sobre os aspectos psicossociais do problema	98,8	88,7	95,1	1,2	5,4	2,4	–	3,9	2,4
Abordagem dos aspectos somáticos e discussão do que deve ser feito sobre os aspectos psicossociais	100,0	94,6	98,4	–	1,5	1,6	–	1,5	–
Estimulação da participação do paciente no processo de cura	95,1	93,6	98,4	1,2	2,0	1,6	–	1,5	–

A história de vida da senhora e da família emerge espontaneamente, esta não foi investigada pelo médico nem incorporada na compreensão do problema de saúde para o qual o médico assume um padrão biomédico. A respeito da condição da senhora perdeu-se a oportunidade de refletir sobre a condição em que seu problema de saúde é vivenciado. O estabelecimento desta reflexão configuraria uma comunicação dialógica na qual a senhora poderia se reconhecer sujeito de sua própria história e, assim, capaz de transformá-la. A partir do momento que tomasse consciência de que tal transformação não se restringe ao nível individual, este sujeito poderia refletir-agir, no sentido de planejar mudanças no seu contexto de vida, que inclui, por exemplo, alternativas de trabalho para si e os filhos.

Refletindo esta situação a partir da compreensão freiriana de relação dialógica, observa-se que não há, por parte do médico, em relação a esta paciente: expectativa, um nível de solidariedade significativo e a vivência de uma posição na qual o poder médico seja relativizado. Desta maneira, junto com o paciente, o médico poderia construir alternativas para o enfrentamento ativo da situação. A forma como a condução da consulta se estabelece reafirma o paternalismo do médico, com a prescrição de procedimentos, e como também a doença e a assistência medicamentosa são tomadas como os aspectos mais relevantes do encontro clínico.

Farinha de mandioca × mucilon

O não estabelecimento de uma relação dialógica e o reconhecimento dos aspectos psicossociais comprometem o desenvolvimento da autonomia dos pacientes na busca dos recursos disponíveis no seu contexto para assumir o cuidado com a saúde.

Um médico atende em uma comunidade na qual as mães de crianças no primeiro ano de vida referem usar farinha de mandioca como engrossante do mingau, enquanto outras dão macarrão do tipo “miojo” como importante item do cardápio das crianças. As mães chegam a consulta considerando que seus filhos encontram-se com boa saúde pelo peso e aparência em que se encontram. Entretanto, as mães são sistematicamente repreendidas pelo médico que não apenas desqualifica a dieta adotada pelas mães como também prescreve a substituição da farinha pelo *Mucilon* e enumera frutas e verduras que devem fazer parte do cardápio destas crianças.

A condição de vida das mulheres e seu respeito e conseqüente sinceridade diante da autoridade médica foram motivos para que fossem repreendidas. Ocorre

nestas consultas uma “invasão cultural” que se baseia em um argumento de que a postura enfática e persuasiva do médico garantirá mudanças nas práticas alimentares, e conseqüentemente, nas condições de saúde das crianças. Este médico também segue um padrão biomédico/paternalista, segue uma compreensão técnico-científica do que seja a boa alimentação. A conduta prescritiva do médico impede o estabelecimento de uma negociação, inclusive o envolvimento das mulheres e da comunidade na busca de alternativas que garantam uma alimentação mais nutritiva para as crianças em conformidade com a realidade socioeconômica local.

As condições favoráveis para o tratamento frequentemente influenciam mudanças nas relações intra-familiares. A posição biomédica/paternalista do médico muitas vezes não reconhece a dinâmica das relações como um concorrente para a adesão ao tratamento.

Ser fiel marido ou obediente ao médico?

Uma senhora casada, protestante, mãe de quatro filhos, chega para a consulta referindo ainda não “estar boa” de uma doença sexualmente transmissível (DST) anteriormente diagnosticada para a qual foram prescritos três medicamentos. O médico pergunta se os medicamentos foram utilizados pela senhora e pelo marido, segundo a prescrição anterior. A senhora responde ter usado apenas dois medicamentos, os dois mais baratos. O médico impaciente afirma que já havia explicado tudo e que não estava ali para ficar repetindo a mesma recomendação. O médico decide fazer um exame físico e ao fazê-lo demonstra repugnância. Em seguida afirma: “Seu marido está lhe reinfectando, você se cuide com este homem”.

Compreende-se que a adesão desta paciente ao tratamento está sob forte influência da sua condição socioeconômica, religiosa e de gênero. Entretanto, como se observa, nenhum destes fatores são dimensionados pelo médico, que insiste na prescrição anteriormente proposta. Nesta situação, a relação impossibilita o diálogo, uma vez que o médico, ao não apreender a realidade da paciente, acaba por culpabilizá-la. A paciente não encontra no médico uma possibilidade de estabelecimento de uma parceria que favorecesse seu fortalecimento tanto diante da sua situação econômica quanto conjugal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise de conteúdo das consultas pode-se verificar que, na maioria delas, o paciente não é con-

siderado sujeito pelo médico. Nas poucas consultas em que o paciente foi considerado sujeito observou-se que: a) a compreensão do paciente a respeito do seu processo saúde-doença era valorizada e suas estratégias de cuidado anteriores à consulta respeitadas; b) o médico explicava sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico, esforçando-se para que o paciente compreendesse; c) buscava-se construir conjuntamente viabilidades para realização das recomendações; d) o médico aproveitava as oportunidades para desenvolvimento da autonomia dos pacientes no cuidado com a saúde. Com relação à condição do paciente, enquanto objeto das práticas, observou-se que esta condição explicitava-se em situações em que a história relatada pelo paciente era desqualificada pelo profissional, quando submetido a julgamentos morais, ou, ainda, quando predominavam práticas etnocêntricas, com o médico tomado sua condição socioeconômica de vida como referencial nas prescrições de hábitos e comportamentos aos seus pacientes.

A proposta da estratégia do Programa Saúde da Família tem preconizado o contexto de desenvolvimento das práticas médicas que, a princípio, promoveria mudanças na relação médico-paciente, a construção de vínculos com a população assistida e uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, fato que deveria favorecer uma relação mais estreita com o cotidiano das pessoas e, por conseguinte, com a dimensão psicossocial. A ação do médico de saúde da família, segundo os princípios do PSF, deveria superar os padrões biomédicos da relação médico-paciente. Entretanto, os resultados apresentados são reveladores de uma relação médico-paciente na qual o paciente predomina como objeto da prática médica e o médico mantém um padrão biomédico, com postura paternalista e prescritiva. Desta maneira, a relação médico-paciente vivida no encontro clínico não propicia o estabelecimento de um diálogo que permita o desenvolvimento da autonomia dos pacientes e a abordagem da dimensão psicossocial do processo saúde-doença-cuidado.

As condições psicossociais nas quais se dão as histórias, que se tornam queixas nos serviços de saúde, possibilitam a singularização/coletivização do quadro clínico objeto do trabalho do médico. Ao reconstruir a história da queixa, ao analisá-la com o profissional de saúde e compreender as causas, a gravidade, as repercussões, as pessoas/pacientes exercitam sua condição de pessoa como também as dos profissionais de saúde. As propostas de humanização dos serviços de saúde dependem do reconhecimento da capacidade de pro-

fissionais e usuários construir seu cotidiano sobre o princípio do diálogo. Diálogo propiciador da explicitação respeitosa das diferenças, que produz acordos e planos. O diálogo como uma ferramenta para consolidação da autonomia que pode ser compreendido como um sinônimo da relação biopsicossocial proposta por Roter (1997) e apresentada por ela mesma como ferramenta para a relação médico-paciente (2000). Este diálogo pelas palavras de Paulo Freire exige: amorosidade, humildade, fé e esperança (Freire, 2000).

REFERÊNCIAS

- Atkinson, S. J. (1993). Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9, 3, 283-299.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília.
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 1, 139-146.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of American Medical Association*, 267, 16, 2221-2226.
- Freire, P. & Schor, I. (2000). *Medo e ousadia: o cotidiano do professor*, (8ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2000). *Educação como prática da liberdade*, (24ª ed.). Rio de Janeiro. Paz e Terra.
- Gattinara, B. C. et al. (1995). Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos norte e ichilo, Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11, 3, 425-438.
- Grol, R. & Lawrence, M. (1995). *Quality improvement by peer review* (pp. 112-124). Oxford: Oxford University.
- Ishikawa, H. et al. (2002). Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. *Social Science and Medicine*, Londres, 55, 2, 301-311.
- Mead, N., Bower, P. & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners patient-centredness on patient consultation satisfaction and enablement. *Social Science and Medicine*, Londres, 55, 2, 283-299.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In L. C. O. Cecilio (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Noronha, C.V. et al. (2004). *Projeto Saúde para Todos na América Latina: identificando as necessidades de capacitação dos profissionais do Programa de Saúde da Família*. Salvador: UFBA/ISC. (mimeo).
- Roter, D. L. (2000). The medical visit context of treatment decision-making and therapeutic relationship. *Health Expectations*, 3, 17-25.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. (1989). Studies on doctor-patient interaction. *Annual Review Public Health*, 10, 163-180.

- Roter, D. L. et al. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Journal of American Medical Association*, 277, 4, 350-356.
- Simpson, M. et al. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medicine Journal*, 303, 1385-1387.
- Vieira da Silva, L. M. et al. (1995). O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima. *Cadernos de Saúde Pública*, 11, 1, 72-84.

Recebido em: 14/06/2004. Aceito em: 14/04/2005.

Nota: Este trabalho contou com o apoio do CNPq, financiador do projeto e da CAPES, financiadora da bolsa de doutorado da primeira autora.

Autoras:

Anamélia Lins e Silva Franco – Psicóloga. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento, IP/UnB. Doutora em Saúde Pública, ISC/UFBA. Professora do Programa de Pós-Graduação da UCSAL e da Faculdade Ruy Barbosa.

Vânia Sampaio Alves – Psicóloga. Mestre em Saúde Comunitária, ISC/UFBA.

Endereço para correspondência:

ANAMÉLIA LINS E SILVA FRANCO
Rua Cael, 179/201 – Acupe de Brotas
CEP 40290-490, Salvador, BA, Brasil
E-mail: anameliafranco@uol.com.br