



**SOCIEDADE
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde

**NATUREZA, PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DAS PRÁTICAS E RELAÇÕES PROFISSIONAIS-DOENTES NO
CONTEXTO DO GABINETE DE SUB-VISÃO DO INSTITUTO DR. GAMA PINTO**

Silva, Maria

Mestre em Sociologia

Instituto Politécnico de Lisboa

Teresa.denis@estesl.ipl.pt

Resumo

A institucionalização do direito à saúde, na constituição de 1976, como direito social e humano não parece ter conseguido, na prática dos profissionais de saúde, abalar a relação paternalista que coloca o doente numa situação de submissão face à dominância do poder/saber médico central ou periférico que o doente, nos termos de Parsons, deve acatar humildemente como “um bom doente”. É este papel de passividade e submissão do doente que nos propomos problematizar nos meandros dos direitos humanos/direitos sociais de cidadania como campo de construção social assente em práticas norteadas por direitos e deveres que, nos termos de Foucault, submetem os cidadãos a constrangimentos inerentes às relações de poder.

Abstract

The institutionalization of the right to health, of the 1976 constitution, as a social and human right, seems to have not succeeded on the practice of the health professionals. It has affected the paternalistic relationship and puts the patient in a state of submission, regarding the dominance of power/medical knowledge central or peripheral that the patient, according to Parsons, must humbly accept as a "good patient." We propose to discuss the passive/submissive role of the patient and the intricacies of human/social rights of citizenship, as a social construct guided by practices based on the rights and duties that, in Foucault's terms, inherently constrains the patient due to relations of power and how it is that.

Palavras-chave: Doente; Cidadão; Capacitação; Autodeterminação

Keywords: Sick; Citizen; Capacity; Self-determination

PAP1557

Uma das premissas subjacente ao direito à saúde é o facto deste não poder ser visto somente à luz de leis específicas ou de serviços disponíveis mas também numa relação entre doentes e prestadores de cuidados assente nos pressupostos do humanismo e da cidadania e que estão na base da designação doente/cidadão, reforçando a ideia de que pelo facto de estar doente a pessoa não perde qualquer direito enquanto pessoa ou enquanto cidadão

O direito à saúde apresenta-se como um direito social de cidadania, em contraponto ao direito à autodeterminação, entendido como direito individual. Na nossa perspectiva, direitos como estes são interdependentes e complementares precisando de atenção constante e permanente. Pois como constata Juan Mozzicafreddo (2002), os espaços de exercício de cidadania têm de se conquistar, dado que a democracia não é uma realidade acabada mas algo que se vai construindo, traduzindo a ideia da construção social de cidadania assente em práticas norteadas por direitos e deveres, que na opinião de Foucault (1988) submetem os cidadãos a constrangimentos inerentes às relações de poder. Neste sentido, o Observatório dos Sistemas de Saúde (2002:20) defende a reivindicação do poder do cidadão através do *empowerment* cuja “questão central não se coloca ao nível da obtenção de poder ou de direitos mas no exercício efectivo desse poder na construção de uma cidadania participativa.”

Por *empowerment* entenda-se, segundo Friedmann, o acréscimo de poder que, induzido ou conquistado, permite aos indivíduos aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania. Ou seja, a situação em que a pessoa tem a capacidade, autoridade ou poder para fazer ou decidir algo sobre si ou o contexto em que se insere. Apresentando-se, assim, como estratégia promotora de saúde, de capacitação e aquisição de competências, informação, conhecimento que permitam ao doente agir e decidir conscientemente no exercício do seu direito à autodeterminação

Neste sentido o OECD (2001) delinea para os doentes as seguintes estratégias de *empowerment*:

- Uma informação completa, objectiva, acessível, fidedigna e pertinente;
- Uma consulta conduzida por objectivos claros e enquadrada por regras que definem os limites desse exercício;
- Uma participação que providencie o tempo e a flexibilidade suficientes para o envolvimento dos cidadãos.

Nesta linha de pensamento reconhece-se que o doente é sempre cidadão de pleno direito, titular de dignidade e de liberdade inerente ao ser humano (Melo,1999). Com a certeza de que a cidadania não se esgota no articulado dos direitos e deveres, pois a sociedade que, na opinião de Soromenho Marques (1999), esquecesse, na sua relação com o doente, as suas necessidades de afecto, ternura e carinho, seria, monstruosa e desumana sendo a doença o desafio lançado aos profissionais para cumprirem o contrato de cidadania, defendendo os direitos daqueles que se encontram em situação de fragilidade.

Assim, no culminar desta postura surge o conceito de parceria que envolve responsabilidades mútuas, discussão, decisão partilhada resultante numa negociação onde impere o respeito pelo direito à autodeterminação do doente. Esta parceria entre profissional e doente traduz a ideia do profissional que se coloca ao lado do doente como seu parceiro e não como dirigente. Desta forma, quer o seu conhecimento quer o seu poder são colocados ao dispor do doente no sentido da partilha e do reconhecimento do doente/cidadão. O que implica uma mudança de paradigma da dominância médica do modelo paternalista para modelos de relacionamento entre parceiros.

Neste sentido a OMS tem chamado a atenção para a necessidade de partilhar o poder de decisão com o doente, dando-lhe voz e capacitando-o de forma a poder ter controlo sobre factores que possam influenciar a sua saúde individual e colectiva.

Entre nós, em consonância com a OMS, a carta dos direitos e deveres dos doentes instituída pelo Ministério da Saúde (2002) apresenta como objectivos centrais:

- Consagrar o primado do cidadão;
- O direito à autodeterminação;
- Estimular uma participação mais activa por parte do doente.

O que a efectivar-se, segundo Imperatoti (1999) permitirá a passagem do doente/utilizador para o doente/cidadão

No centro de tudo isto coloca-se a questão da relação doente/profissional de saúde sendo que por relacionamento entre profissional de saúde e doente, seguindo Esteban, Mateo, Izquierdo e Munuera (1996) se apresenta a relação que se estabelece quando o profissional de saúde aplica os seus conhecimentos no diagnóstico, cuidado e tratamento a um doente com a finalidade de lhe devolver a sua saúde, aliviar o seu sofrimento ou prevenir a doença, sendo esta constituída por dois componentes: um de ajuda, de relação interpessoal e outro técnico/científico. De forma que, o domínio técnico/científico garanta que o serviço é prestado de forma tecnicamente correcta, por sua vez o campo interpessoal certifica que o doente recebe cuidados de uma forma humana e culturalmente adequada e, ainda, que é convidado a participar integralmente nas decisões e na terapêutica a seguir.

Assim, podemos dizer que está na mão dos profissionais de saúde a responsabilidade de adoptarem práticas que incrementem a mudança de atitude assumindo-se que um papel mais activo e autónomo é desejado e conveniente para o doente.

Mas, para que tudo isto não seja mera utopia, que não se fique por uma carta de meras intenções, o profissional precisa estar disponível para fornecer informação ao doente e ter em atenção o discernimento e entendimento sobre a sua situação particular, pois, não basta uma explicação unidireccional do profissional para com o doente é preciso instaurar um processo bidireccional de partilha de conhecimento tendo sempre presente as preocupações, as expectativas, bem como o entendimento do doente sobre a sua saúde; procurando através do esclarecimento modificar e adaptar uma decisão tornando-a mais adequada à situação e à pessoa em presença, respeitando a sua circunstância, atitudes e opções individuais. Por exemplo perante uma cirurgia às cataratas é ao doente que cabe a decisão final.

Para que se possa concretizar um entendimento que vise uma participação efectiva do doente, para que se possa instaurar uma relação de parceria profissional/doente duas condições se impõem e que têm a ver por um lado com a postura do profissional e por outro com o grau de literacia do doente motor da capacitação/*empowerment* na interacção profissional/doente.

Ou seja, só quando o doente apresenta a capacidade de problematização, reflexividade, sentido crítico quanto à sua situação de saúde/doença este consegue estabelecer um diálogo com o profissional de saúde capaz de recolher e captar informação/conhecimento que lhe dê uma noção/compreensão do seu estado de saúde.

Assim impõe-se ter em atenção o nível de literacia que de acordo com Nutbeam (2000) se apresenta em 3 níveis:

A literacia funcional constitui o primeiro nível e apresenta a comunicação factual de informação sobre riscos de saúde e do modo de utilizar o sistema de saúde (acções de educação para a saúde, vacinação, atenção estilo de vida – prevenção).

A literacia interactiva apresenta o segundo nível e tem a ver com o conjunto de competências pessoais que, em paralelo com as competências sociais facultam que as pessoas se adaptem às mudanças que vão

ocorrendo. Ou seja, que consigam interagir com os profissionais de saúde de forma activa procurando compreender e agir sobre a sua situação de saúde (o papel do profissional de saúde está em facilitar e desenvolver as capacidades dos indivíduos, melhorando os seus conhecimentos, competências e recursos...)

A literacia crítica de saúde é o terceiro nível e resulta do estágio em que as pessoas conseguem conjugar conhecimento e competências sociais para transformarem os seus ambientes de saúde e as suas condições de vida e que tem a ver com a consciência crítica de análise das situações e condições de vida.

Nesta perspectiva seria o capital humano e social que fomentaria o *empowerment* ao doente colocando-o na interacção com o profissional de saúde como parceiro com capacidade de questionar, perguntar, aferir, tomar consciência sobre o seu estado de saúde, o diagnóstico, prognóstico e terapêutica a seguir.

Desta forma, do contacto que temos estabelecido com o Gabinete de sub-visão do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto temos constatado que quanto mais informação o doente possui (informação recolhida normalmente através da Internet) mais fácil se torna a interacção na consulta, mais participativa ajudando até no próprio diagnóstico dado que os sintomas são apresentados com mais clareza, as preocupações são mais claras, mais bem formuladas o grau de consciencialização é maior e por isso o doente apresenta-se mais atento e mais disponível, como nos foi dado observar numa situação em que a mãe dum filho com multideficiência refere:

Oh Dr. Desculpe lá, mas parece-me que ele tem qualquer coisa no olho

Sim, sim tem razão há aqui qualquer adrito ... mas vamos já lavar o olho e isso vai já passar.

Pais informados, atentos, preocupados, activos ajudam o médico e este por sua vez aceita a colaboração, até convida o pai a olhar dentro do olho do filho... Aqui existe uma relação de igual para igual, entre parceiros.

Noutro momento uma jovem que vem de Braga para a consulta da sub-visão diz: não perceber a razão da sua doença ... o Médico coloca a *possibilidade de fazer uma consulta de genética ao que a jovem responde:*

Sim, sim, quero ir pois eu quero saber, perceber o que tenho e porque tenho, não percebem mas é importante para mim.

O médico coloca-se como parceiro procurando satisfazer a curiosidade da jovem que reivindica o seu direito à informação.

Depois, perante o diagnóstico/prognóstico e a terapêutica a seguir esta parte inteiramente do médico e não é questionada pelo doente. Ou seja, o período anterior serviu, podemos dizer, para testar e clarificar e depois se esta fase correu bem o doente aceita o veredicto com mais confiança e resignação.

Assim, podemos dizer que, quanto mais elevado for o seu grau de literacia, quanto maior for a sua capacitação mais o doente consegue problematizar com sentido crítico de forma que, quando as palavras do médico lhe fazem sentido, quanto a forma como lhe são apresentados os factos lhe parecem lógicos a sua postura é de clarificação e aceitação com convicção e confiança no conhecimento pericial que anteriormente de alguma forma colocaram à prova.

Depois temos um outro nível que classificamos por confiança cega dado que esta se prende com a pessoa do médico, mais ligada aos aspectos da personalidade deste, ao seu carisma, as respostas são sempre do tipo:

Oh Dr. o senhor é que sabe, eu cá não percebo nada, eu faço o que achar melhor, o Dr. já sabe, é em si que eu confio.

O doente coloca-se numa postura de submissão paternalista preferindo que o médico decida por ele.

Com os outros profissionais da sub-visão a terapia, a terapêutica ou os treinos nem sempre são acatados com a mesma aceitação ou convicção constatando-se uma necessidade para interiorização dos factos e a consciencialização efectiva da necessidade dessa “ajuda”. Percebemos assim, que é mais difícil aceitarem a terapêutica não convencional, aquela que não passa pelo receituário médico e isto, certamente, porque a cultura biomédica enfatiza o tratar, retirar, resolver e quando os problemas fogem a estas convenções é difícil aceitar, compreender ou perceber o benefício como constata uma das doentes: *“Tive muita dificuldade em aceitar em vir a estes treinos de mobilidade e às consultas de psicologia, se não fossem os meus filhos eu não teria vindo, eles é que me convenceram. Mas, hoje, estou contente por ter vindo pois tem sido muito importante para mim.”*

Efectivamente, a centralidade desta relação profissional/doente está em negociar, delinear um plano de acção, pelo que, podemos dizer, que estamos perante um modelo de deslocamento do poder, onde impera a agenda do doente o que não significa que o profissional alheie o seu poder/conhecimento mas que este o coloca à disposição do doente.

Assim, uma Medicina orientada para a pessoa doente centra-se numa escuta activa, em estar disponível para participar num diálogo, e não num monólogo o que, significa que tem que haver vontade para uma mudança de atitude, e aqui cabe ao profissional tomar a iniciativa pois é ele que apresenta o diagnóstico, o prognóstico, as suas opiniões e razões e só depois é que pode procurar a co-responsabilização do doente perante as decisões a tomar.

Neste contexto podemos, então, falar em consentimento informado, ou seja quando se pede o consentimento para qualquer acto médico isso não significa que ele seja informado para isso é preciso passar de um comportamento centrado no profissional para um centrado no doente. O consentimento informado é um processo bidireccional baseado numa compreensão partilhada que consiste no envolvimento real do doente.

Pelo que, mais do que em consentimento deveremos falar em decisão partilhada, centrada no imperativo ético do respeito pela pessoa, tendo presente que a saúde é sempre uma vivência, uma experiência subjectiva e particular de cada um, feita de crenças, sentimentos, receios e experiências pessoais cabendo ao profissional prestar uma informação clara e honesta e ter em atenção a capacidade de discernimento do doente quanto à ponderação entre riscos e benefícios que lhe permita fazer uma escolha informada e consciente.

Assim, o papel do médico está em ajudar, não por paternalismos mas, através de uma relação de parceria propiciando, nos termos de Bottorff (1996) uma informação honesta e clara, bem como no imperativo de que o médico averigüe e confirme a compreensão real do doente sobre a situação/problema o que não é linear, claro ou automático de se conseguir.

Ou seja, é preciso trazer a ética para o centro da relação dado que o direito se centra no respeito pela norma na sua estrita interpretação e a ética, pela sua natureza, obriga ao bom senso, a uma interpretação mais ampla e humana. Assim é necessário conjugar a ética, o humanismo com o direito na defesa e promoção da dignidade da pessoa doente.

BIBLIOGRAFIA

- Gomes, M. (1998) As bases éticas da relação médico Paciente, Zahar Editores, Rio de Janeiro
- Guerin, G. (1995) O clínico Geral e o seu Paciente, Instituto Piaget, Lisboa
- Guerin, G. (2001) Medicina e Direitos do Homem, Instituto Piaget, Lisboa
- Hogg, Cristine (1999) Patients, Power et politics: From patients to citizens, Sage, London
- Honoré, B (2002) A saúde em Projecto, Lusociência, Loures

- Lopes,J.(2006) A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica, Formasau, Coimbra
- Marshall,T.(1950) Citizenship and social class and other essays university Press, Cambridge
- Foucault, M. (1992/1979) Microfísica do poder, Zahar Editores, Rio de Janeiro
- Schmitt, M. (2004) Entre a Tentação do Poder Médico e a tentação do Tratamento Altruísta: pelo estabelecimento da cidadania do “homem em sofrimento” in Walter Hesbeen, Cuidar neste Mundo, Lusociência, Loures
- Serrão,Nunes (2001) Ética em cuidados de Saúde, Porto Editora, Porto
- Soromenho-Marques, V. (1999) Os Fundamentos Filosóficos dos deveres e direitos da pessoa In Conselho Nacional de ética para as Ciências da Vida
- Taylor,S.(1997) Approaches do health and Hellth care In SociologY of health and health care, Blakwell Science ltd, Oxford
- Fernandes,M.(2009) Dinâmica do Relacionamento entre Profissionais de Saúde e Doentes, Farmasau, Coimbra
- Santos,J.(2002)Parceria nos Cuidados–uma metodologia de trabalho centrada no doente, Universidade Fernando Pessoa, Porto
- Tate,P.(2004), Guia Prático da Comunicação Médico-Doente, climepsi editores, Lisboa
- Friedmann,J.(1996) Empowerment - uma política de desenvolvimento alternativo, Celta, Oeiras