

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

EDUARDO ELIAS FARAH

A ÉTICA E AS SUAS IMPLICAÇÕES NAS AÇÕES DE MARKETING DOS MÉDICOS

São Paulo
2004

EDUARDO ELIAS FARAH

A ÉTICA E AS SUAS IMPLICAÇÕES NAS AÇÕES DE MARKETING DOS MÉDICOS

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo de conhecimento:
Administração Mercadológica

Orientadora: Professora Doutora Maria
Cecilia Coutinho de Arruda

São Paulo

2004

Farah, Eduardo Elias.

A ética e as suas implicações nas ações de marketing dos médicos. Eduardo Elias Farah. – 2004. 246 f.

Orientadora: Professora Doutora Maria Cecília Coutinho de Arruda

Tese (doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo

1. Ética médica. 2. Responsabilidade profissional. 3. Marketing de relacionamento. I. Maria Cecília Coutinho de Arruda II. Tese (doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

EDUARDO ELIAS FARAH

A ÉTICA E AS SUAS IMPLICAÇÕES NAS AÇÕES DE MARKETING DOS MÉDICOS

Dissertação apresentada à Escola de Administração de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo de conhecimento:

Administração Mercadológica

Data de aprovação: ____/____/____

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Cecilia Coutinho de Arruda
FGV-EAESP

Prof. Dr. Antonio Jesus Cosenza
FGV-EAESP

Prof. Dr. Mario Aquino Alves
FGV-EAESP

Prof. Dr. Flávio Dantas
UNIFESP - EPM

Profª. Dra. Vera Lúcia Zaher
Centro Universitário São Camilo

“A sabedoria não pode chegar àquele que não está amando.”

Sri Hans Raj Maharajji

RESUMO

Esta Tese integra a perspectiva de diferentes áreas e disciplinas na relação médico-paciente, como a Medicina, a Ética, a Bioética, a Psicologia, a Responsabilidade e o Marketing de Relacionamento. Discute os fatores ambientais que afetam o médico, considerando a potencial influência destes fatores no comportamento do profissional, e mostra a importância da relação médico-paciente e dos fatores mentais e emocionais do paciente para o processo de cura. Apresenta as mais importantes linhas da Ética e da Bioética, dando destaque para o princípio de autonomia e o consentimento do paciente, bem como a relação entre o papel do médico e a ética. Discute a influência de aspectos psicológicos sobre o comportamento do homem em geral e, conseqüentemente, do médico, sugerindo assim uma busca do entendimento destes aspectos como caminho para o agir de forma ética. Analisa a noção de sentido de vida segundo Viktor E. Frankl, discutindo aspectos da relação médico-paciente e apontando fatores importantes que devem direcionar a atenção e o comportamento do médico. Apresenta os conceitos sobre responsabilidade, aponta-a como o principal alicerce para a ação ética e estabelece uma ponte entre responsabilidade e o que tem acontecido dentro da realidade

médica no âmbito legal, especificamente em relação ao significado e ao impacto da responsabilidade civil sobre a atuação do médico. Aborda os principais aspectos sobre serviços, marketing de serviços e seus influenciadores, particularmente os que podem ser relacionados com a atividade do médico, apresentando o significado e impacto do marketing de relacionamento e o modelo de Morgan e Hunt (1994) baseados no compromisso e confiança. Apresenta os achados de duas pesquisas, sendo uma com médicos e outra com pacientes, sobre os diversos aspectos que envolvem o relacionamento médico-paciente. Resume e direciona sugestões de comportamento a ser observado pelo médico para um agir mais ético.

ABSTRACT

This thesis integrates the perspective of different fields and disciplines as to the relationship between doctor and patient, such as Medicine, Ethics, Bioethics, Psychology, Responsibility and Relationship Marketing. It addresses environmental issues that affect the doctor, focusing on the potential influence of such issues over the professional's behaviour. It also shows the importance and influence of the doctor/patient relationship and the emotional and mental patient's aspects regarding the healing process. This thesis also presents the most important grounds of Ethics and Bioethics, with focus on the patient's principle of autonomy and agreement, as well as the relationship between Ethics and the doctor's role. It discusses the influence of psychological aspects over general human behaviour and thus over medical behaviour, suggesting a search for the understanding of such aspects as a path to ethical action. It analyses the idea of meaning of life according to Viktor E. Frankl, considering aspects of the doctor/patient relationship and pointing out important issues that must direct the doctor's behaviour and attention. It presents the concepts of responsibility, highlighted as the main foundation for ethical action, and it builds a bridge between responsibility and the legal consequences of current events in medical practice, considering specifically the meaning and impact of Civil Responsibility over the performance of doctors. It addresses the main aspects regarding services, marketing and its influence factors, specially those related to the doctor's activity, presenting the meaning and impact of Relationship Marketing and the Morgan &

Hunt's model (1994) based on commitment and trust. It presents the results of two research studies on doctors and patients regarding the different aspects found within the doctor/patient relationship. It summarizes and directs behaviour suggestions to be considered by the doctor in order to achieve a more ethical practice.

Agradecimentos

Tive a oportunidade de receber a ajuda de muitas pessoas durante a elaboração desta Tese. E tenho um profundo agradecimento por cada uma delas. Assim, agradeço:

À minha banca de defesa da proposta, especialmente aos professores Clóvis Bueno de Azevedo e Álvaro Escrivão Júnior, por todas as sugestões.

À minha banca de defesa do doutorado, pelo aprendizado que me proporciona.

Ao NPP, na pessoa do professor Peter Spink, pela compreensão e ajuda na pesquisa.

Ao Hospital Alemão Oswaldo Cruz e aos bons amigos e amigas que lá tenho, pelas oportunidades e apoio recebido.

À SOCESP, nas pessoas do Dr. Otávio Rizzi Coelho e Dr. Miguel Moretti, pelo apoio à pesquisa.

À equipe da biblioteca da EAESP/FGV, especialmente ao Dionísio e à Loana, por sempre ajudarem.

Aos amigos e profissionais André Urdan, Flávio Dantas, Paulo Prado, Roberto Ziemer, Sueli Grossman e Vera Zaher, pelas trocas de idéias e materiais recebidos.

Aos meus queridos amigos da Chama Azul: Adriana, Carlo, Catarina, José, Marcelo e Nadja, pela convivência e real apoio em muitas horas.

Ao meu pai e minha mãe, por serem a base e a parede da minha ética.

Aos meus irmãos, Tiago e Paulo Daniel, pela ajuda na tabulação e revisão ortográfica.

À minha querida e amada esposa Márcia Cristina de Jesus Carvalho, por seu amor, compreensão e força em todas as horas.

Aos meus amados filhos, Pedro Gabriel e Luana, pela paciência que tiveram com o papai nesta difícil fase que antecedeu ao término da Tese.

Aos meus amigos do caminho do coração, pelo carinho e aprendizado conjunto.

Ao meu amigo e companheiro Marcelo Driusso, por toda a sua ajuda até o último momento.

À minha professora e orientadora Maria Cecília Coutinho de Arruda, por sua orientação clara, firme ajuda e a oportunidade de muito aprendizado.

Ao meu Mestre Sri Prem Baba, pelo sentido, oportunidade e aprendizado de servir.

Ao meu querido Ganesha, por tudo.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
EPÍGRAFE	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO PROBLEMA	3
1.2. ESTRUTURAÇÃO DA TESE	9
2. O MÉDICO E A MEDICINA	11
2.1. O PERFIL DOS MÉDICOS E DE SEUS PROBLEMAS	11
2.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TERMO SAÚDE	22
2.3. O IMPACTO DOS ASPECTOS EMOCIONAIS E MENTAIS NA SAÚDE DO PACIENTE	23
2.4. A HOMEOPATIA COMO UM EXEMPLO	26
3. A ÉTICA	29
3.1. A ÉTICA E SEU ENTENDIMENTO GERAL	29
3.2. A ÉTICA E A LEI	35
3.3. A ÉTICA E O CÓDIGO DEONTOLÓGICO	37
3.4. BIOÉTICA	40
3.5. PRINCIPIALISMO	42
3.6. AUTONOMIA DO PACIENTE	45
3.7. CONSENTIMENTO DO PACIENTE	52
3.8. O PAPEL DO MÉDICO E SUA RELAÇÃO COM A ÉTICA	57
4. RESPONSABILIDADE	63
4.1. A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO	63
4.2. ASPECTOS BÁSICOS DA RESPONSABILIDADE DO MÉDICO NA LEI BRASILEIRA	70
5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS E O RELACIONAMENTO COM O PACIENTE QUE DIRECIONAM O COMPORTAMENTO DO MÉDICO	73
5.1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS DO SER HUMANO	73
5.2. SENTIDO DA VIDA	81
5.3. ALGUNS ASPECTOS DO RELACIONAMENTO	

MÉDICO-PACIENTE	84
6. MARKETING	91
6.1. MARKETING DE SERVIÇOS	91
6.2. MARKETING DE RELACIONAMENTO	98
6.3. O MODELO DE MORGAN E HUNT (1994)	105
6.4. O MARKETING DE RELACIONAMENTO E O MÉDICO	110
7. ASSERTIVAS PARA A AÇÃO DO MÉDICO	115
8. PESQUISA DE CAMPO	120
8.1. METODOLOGIA	120
8.2. DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES	122
8.3. RESPOSTAS DA PESQUISA DE CAMPO	126
8.4. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	182
8.5. CONCLUSÕES DA PESQUISA DE CAMPO	182
9. CONCLUSÕES DA TESE	186
9.1. SUGESTÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA ÉTICA NAS AÇÕES DOS MÉDICOS	186
9.1.1. CÓDIGO DE ÉTICA E RELACIONAMENTO COM O PACIENTE	186
9.1.2. CONSELHOS, COMITÊS, COMISSÕES OU FÓRUNS PERMANENTES DE ÉTICA	188
9.1.3. PARÂMETROS PARA REFLEXÃO	189
9.1.4. EDUCAÇÃO	189
9.1.5. OUTRAS SUGESTÕES	192
9.1.6. CONJUNTO DE AÇÕES PARA UMA ATUAÇÃO MAIS ÉTICA DO MÉDICO	192
9.2. CONCLUSÕES FINAIS	194
9.2.1. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES DA TESE	199
9.3. OUTRAS IMPORTANTES CONCLUSÕES DA PESQUISA	212
9.4. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	212
9.5. SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS	212
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	215
APÊNDICES	222

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EXPLORATÓRIA COM MÉDICOS	223
APÊNDICE B – RESULTADOS NUMÉRICOS DA PESQUISA EXPLORATÓRIA	227
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO MÉDICOS	231
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PACIENTES	236
APÊNDICE E – PERFIL DOS PACIENTES QUE RESPODERAM O QUESTIONÁRIO	241
APÊNDICE F – PERFIL DOS MÉDICOS QUE RESPONDERAM O QUESTIONÁRIO	

Capítulo 1 - Introdução

Algum ser humano pode prescindir da ajuda de um médico? Esta simples pergunta mostra a grande importância que este profissional tem na vida de todos.

A importância do médico para o paciente também carrega uma desproporcionalidade de poder nesta relação. O paciente vai buscar no médico uma ajuda. Está fragilizado, muitas vezes com medo, e tem grande dificuldade em avaliar o serviço, pela sua intangibilidade inerente e por falta de conhecimentos técnicos. O paciente acredita que o médico é quem tem o conhecimento necessário para a cura do seu sofrimento, seja físico ou mental. Isto, por si só, mostra a relação de dependência de um paciente para com um médico e a enorme influência que este profissional possui.

A importância e a relevância do estudo da ética e de suas implicações nas ações de marketing¹ dos médicos podem ser percebidas pela influência e poder que o médico detém em relação ao paciente.

O médico, enquanto profissional, tem pelo menos cinco aspectos que interferem em sua atuação: o conhecimento técnico médico, a consciência de suas motivações e intenções, a responsabilidade por seus atos, a sua ética pessoal e profissional e a necessidade, frente a um mercado concorrido, de atrair e manter pacientes. Esta última, em outras palavras, significa a necessidade de utilizar o marketing.

O médico possui um conhecimento técnico-científico em Medicina que ele adquire: em sua formação de graduação em medicina; na pós-graduação, como residência, especialização, cursos, congressos e atualizações; e em sua experiência prática. O conhecimento da Medicina procura combater as doenças e restabelecer o equilíbrio físico do ser humano. O conceito de saúde é o próprio conceito de equilíbrio, enquanto a doença é um sintoma físico de um desequilíbrio.

O equilíbrio físico produz uma sensação de bem-estar. Já o desequilíbrio é um sintoma que pode ter sua causa em um problema físico, mas que também tem uma relação com um problema mental, emocional ou social. A medicina homeopática, por exemplo, entende que as doenças são provocadas principalmente por problemas de ordem mental e/ou emocional.

Por outro lado, o médico brasileiro está hoje dentro de um mercado que é regido por leis capitalistas, ou seja, leis que apontam a busca do lucro por empresas e indivíduos, que

¹ Para fins desta tese, o termo Marketing será considerado vernáculo já constante da Língua Portuguesa.

estabelece a troca entre produtos e serviços baseada principalmente nos conceitos de compra e venda, na demanda e na oferta, na possibilidade de escolhas e na existência de concorrência. A existência de um grande número de profissionais e um desequilíbrio na sua concentração geográfica, a possibilidade de escolha do médico pelo paciente, as limitações de comunicação e de percepção das mensagens pelas pessoas, a intermediação dos sistemas pagadores, a busca por manter os atuais e por obter novos clientes, entre outros fatores, levam o médico a querer e precisar utilizar o marketing para facilitar a sua atuação profissional. Assim, para atrair e manter pacientes, para ser valorizado pelos sistemas pagadores, para poder pagar as contas do seu consultório/negócio, ter lucro e viver uma vida confortável, em termos de acesso, para si e sua família, a bens materiais, como casa, comida, roupas, viagens e estudos, o médico pode utilizar os conceitos e ferramentas que o marketing oferece.

Existem muitas definições sobre marketing. Para esta Tese será adotada a de KOTLER e BLOOM (1990), que mostram que “Marketing é análise, planejamento, implementação e controle de programas cuidadosamente formulados que visam proporcionar trocas voluntárias de valores ou utilidades com mercados-alvo, com o propósito de realizar os objetivos organizacionais” (p. 19).

O marketing vem sendo cada vez mais utilizado em todos os mercados, dado o seu enorme potencial de influenciar o comportamento de compra do consumidor. Mas, se inadequadamente utilizado, ele pode trazer diversos malefícios. Como qualquer poder, mal intencionado, pode gerar consequências negativas nos que são por ele atingidos.

Somente com conhecimento e clareza de princípios, consciência das motivações e firmeza nas intenções positivas é que o médico pode nortear sua atuação e o uso do marketing, sendo capaz de gerar benefícios para as duas partes, médico e paciente. Por meio do reconhecimento da influência da ética e de sua responsabilidade nesta relação, o médico pode atuar adequadamente.

Quando estamos nos referindo à consciência das motivações e intenções, estamos entrando no campo da Psicologia, que estuda os aspectos conscientes e inconscientes da mente humana. A Psicologia é uma das áreas por nós incluídas neste trabalho.

Outro tema escolhido para esta Tese foi o da responsabilidade, particularmente devido a dois fatores. Primeiro, por entendermos que o comportamento do médico só pode ser efetivamente mudado se ele assumir a sua real responsabilidade. Segundo, pelo fato de que a principal forma que o paciente brasileiro encontrou para lidar com a atuação não ética do médico foi por meio da obtenção de uma compensação financeira e penalização criminal, respectivamente derivadas dos conceitos de responsabilidade civil e responsabilidade penal.

Esta visão multidisciplinar da ética em saúde está em conformidade com FORTES (1998), que aponta que:

a reflexão ética é necessariamente multiprofissional, relacionada aos diversos campos que atuam na saúde, nela participando ativamente filósofos, teólogos, sociólogos, antropólogos, juristas e religiosos. Sua perspectiva é autonômica e humanista, tende a ver o homem em sua globalidade. Utiliza-se correntemente da linguagem dos direitos. Pretende humanização dos serviços de saúde e a garantia dos direitos dos cidadãos enquanto usuários destes serviços (FORTES, 1998, p.28).

As reflexões sobre estes temas e a análise do comportamento declarado e da percepção destes profissionais e pacientes podem contribuir decisivamente para a formação de uma linha de conduta saudável para o profissional, o paciente e a sociedade em geral.

1.1. Justificativa e Relevância do Problema

A justificativa e a relevância do tema desta Tese podem ser analisadas como de necessidade da sociedade e do mercado.

Existem pelo menos três grandes motivadores na escolha deste tema. O primeiro é o questionamento em relação ao uso adequado de marketing, considerando que é necessária uma forte consciência sobre o que ele significa e os resultados obtidos para evitar abusos. Neste aspecto, a ética serve como um direcionador fundamental para o uso do marketing. O segundo é o grande interesse em avançar cientificamente no conhecimento sobre o comportamento dos médicos. Por último, a intenção de contribuir para a melhora da atenção médica para cada um dos seus envolvidos, ou seja, o médico, o paciente e a sociedade.

Enquanto justificativa de necessidade da sociedade e do mercado, são vários os pontos que demonstram sua importância.

Embora esta Tese esteja focada na ética e suas implicações nas ações de marketing do médico, ou seja, nos atos dos médicos que influenciam a comunicação e o relacionamento com o paciente, entende-se que compreender a atual situação do médico é fundamental para melhor análise das influências ambientais deste ato.

Como será debatido no corpo da Tese, defendemos a idéia de que o enfoque principal para a melhora da atuação ética do médico deve ser a tomada de consciência, em vez da proibição, sem que isto desmereça ou invalide o código de ética profissional.

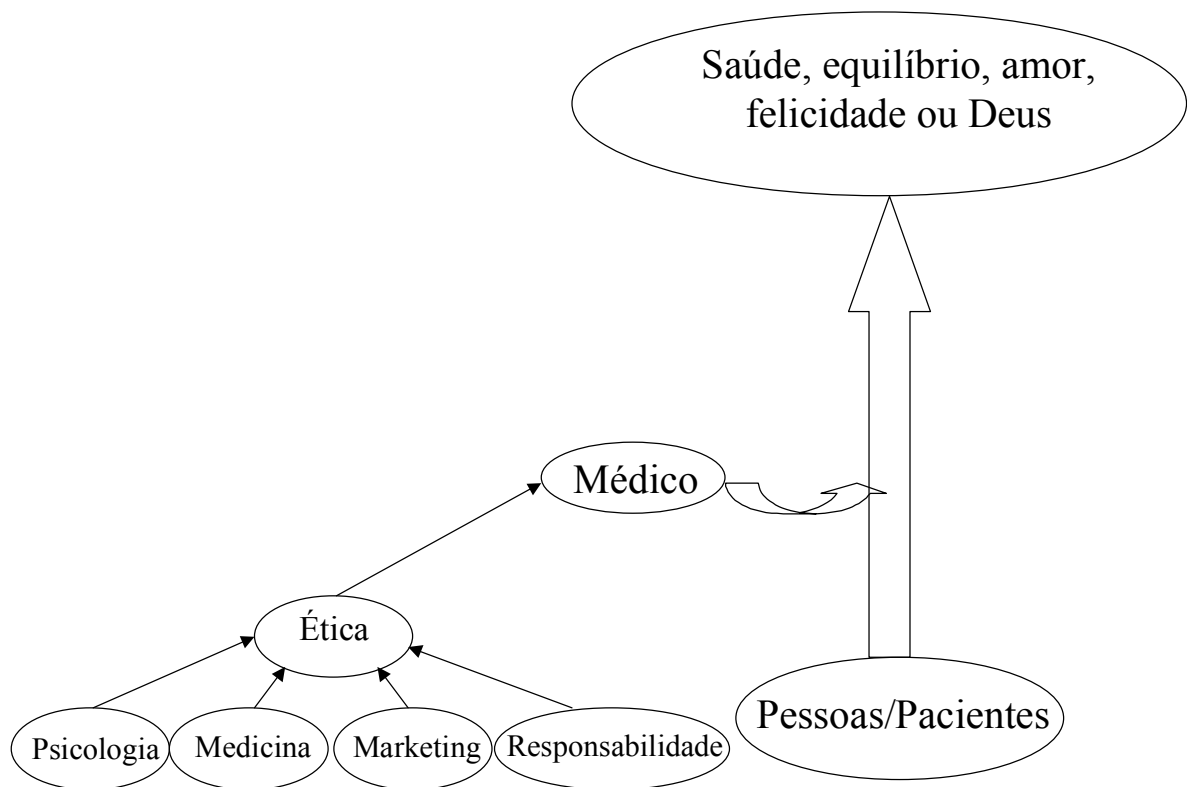
Outro aspecto que indica a importância desta Tese é que o estudo da ética permite um aprofundamento no processo individual de autoconhecimento e consciência, aproximando o indivíduo, conforme LAMA (2000), um pouco mais da felicidade maior. Neste sentido, esta Tese teve em sua origem uma real intenção de proporcionar uma ferramenta a mais para os médicos se aproximarem também da felicidade maior, além dos reais benefícios que esta conduta ética pode proporcionar aos pacientes e a todos nós.

Esta Tese também se baseia no entendimento de que a atuação e a conduta ética do médico podem ajudar o paciente a ir muito mais longe na busca de sua felicidade. Se entendermos que o paciente busca o médico para a cura de uma doença, e que esta cura é, na verdade, a recuperação de seu equilíbrio, de sua saúde, e que este equilíbrio gera um bem-estar que, se ocorrer de forma contínua, está diretamente associado ao estado de amor e felicidade, pode-se também dizer que o médico pode contribuir para que o paciente chegue mais perto de Deus. Todas as pessoas buscam equilíbrio, saúde, amor, felicidade e, muitas vezes, Deus. Deus é outra forma de dizer o significado da felicidade absoluta (LUÑO, 1982).

Neste raciocínio não há qualquer preocupação ou análise referente ao tempo em que isto é necessário para que se atinjam esferas permanentes de felicidade ou de Deus. Não há também nenhuma intenção de definir o que venha a ser Deus, como atingi-lo, de que forma tratá-lo ou no que acreditar. Esta Tese não tem como objetivo discutir aspectos teológicos. Deus é simplesmente definido como um estado de felicidade perene.

Mas, como o médico pode usar o seu conhecimento técnico, fazer marketing e ser capaz de realmente colaborar com a busca das pessoas por uma vida mais feliz? A resposta e o raciocínio-base desta Tese é que, reconhecendo a sua responsabilidade para com o outro, entendendo o outro e por meio do uso da Ética, o médico é capaz de unir o seu conhecimento técnico e a sua necessidade de fazer marketing, sendo ainda capaz de ajudar as pessoas em sua busca da felicidade.

Ética pode ser entendida como o campo do entendimento da reta razão, ou seja, de fazer o bem, de fazer o que deve ser feito. Agir de forma ética significaria fazer apenas o bem aos outros. Fazer o bem, porém, significa que as intenções, as ações e suas consequências possuem o mesmo propósito, ou seja, o bem.



Fonte: o Autor desta Tese

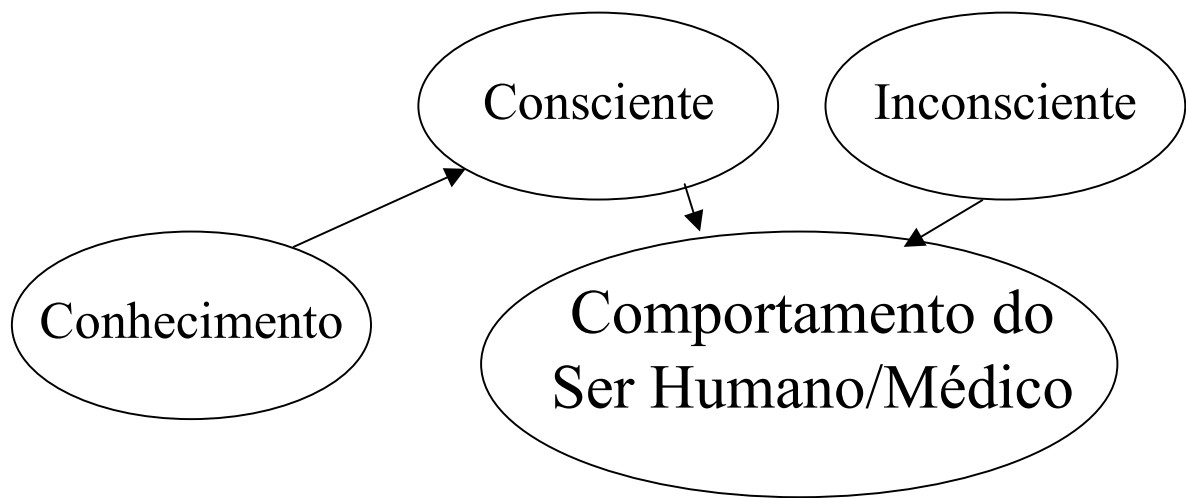
Figura 1.1.1.: Áreas que o médico utiliza para ajudar ao paciente na busca da felicidade

Analisar a conduta ética do médico é analisar as intenções, ações e suas conseqüências sobre os pacientes. Mas o que faz o médico não agir de forma ética?

HARDY aponta um dos caminhos que será mostrado nesta Tese para orientar a busca da resposta a esta pergunta e compreender o que faz o médico agir de forma não ética: “se existe um caminho para o melhor, ele consiste em olhar de frente para o pior” (HARDY apud PIERRAKOS e THESENGA, 2000, p. 6). Em outras palavras, o médico pode agir de forma não ética porque talvez desconheça questões relacionadas à ética e porque talvez desconheça a sombra que existe nele, como existe em todo ser humano.

Como mostram as principais linhas da psicologia, como a psicanálise de Freud e a analítica de Jung, o ser humano, como o médico, é regido por uma parte consciente e por uma parte inconsciente. Neste sentido, esta Tese se utiliza deste entendimento para apontar que esta parte do inconsciente influencia o comportamento do médico e não pode ser ignorada pelo profissional.

O conhecimento tem sua principal influência no nosso consciente, mas muito do que somos e fazemos reside no inconsciente.



Fonte: O Autor desta Tese

Figura 1.1.2: Consciência e inconsciência do médico

O ponto de partida é aceitar e reconhecer a imperfeição de qualquer homem, e conseqüentemente do médico, em relação ao ser ético, sem julgamento do bom ou do mau. Isto significa aceitar que o bem e o mal convivem dentro dele e que a única forma de ser ético é olhar, verdadeiramente, para o lado escuro, a sombra. Isto será mostrado principalmente com a teoria de Jung.

Não foi encontrado outro trabalho que se aprofunde no estudo da ética nas ações de marketing dos médicos. Diversos trabalhos versam sobre a relação médico-paciente, mas sob diferentes prismas, particularmente da Psicologia. Esta Tese, embora utilize alguns conceitos da Psicologia, não a tem como seu foco central.

LUÑO (1982) mostra que, para ser ético, um ser humano precisa ser livre. O ser humano, no entanto, não é livre em geral, pois é influenciado por aspectos inconscientes, que direcionam suas ações ou intenções, sem que ele efetivamente perceba. Por outro lado, isto não pode significar que o homem, por não estar consciente, deixa de ser o único responsável por suas ações. Em vez de buscar uma resposta para o problema entre a falta de consciência e a responsabilidade, nesta Tese nos propomos a analisar um caminho que permita a diminuição deste conflito por meio de um aumento da consciência do médico.

Um forte obstáculo à real consciência do homem, como a do médico, e que o impede de se conhecer melhor, é a sua auto-imagem idealizada. Como mostram PIERRAKOS e THESENGA (2000), chama-se de auto-imagem idealizada a construção mental do médico de como ele deve ser, o que ele deve e não deve fazer, o que as pessoas e a sociedade esperam

dele e, particularmente, as formas que ele deve assumir, mesmo não sendo sua real natureza, com o objetivo de ser aceito, amado e respeitado.

A auto-imagem idealizada do médico o impede, muitas vezes, de ver a sua sombra e a sua propensão às decisões incorretas.

Um importante elemento para se admitirem aspectos que são contrários ao que é classificado como correto, seja pela própria pessoa ou pela sociedade, é a humildade. Como será visto na discussão sobre Ética, o cultivo à humildade é um dos principais caminhos para um real auto-conhecimento e superação.

Outro aspecto apontado nesta Tese é que o médico tem a responsabilidade de ajudar o paciente a saber onde ele está, ou seja, conhecer o estado e as implicações de sua saúde e da falta dela, a sua responsabilidade por ela existir, incluindo, no caso de uma enfermidade, o que a causa ou causou, direta ou indiretamente, como hábitos, emoções e comportamentos.

A responsabilidade pode ser entendida como a qualidade ou condição de responsável, como a situação de um agente consciente em relação aos atos que ele pratica. Responsável é aquele que responde pelos próprios atos ou pelos de outrem. É quem gera ou é causa de algo. Deste modo, o médico tem grande responsabilidade perante o paciente.

O princípio da autonomia também traz consigo a responsabilidade do paciente por si mesmo. Isto não retira ou diminui a responsabilidade do médico. Este aspecto será analisado com mais profundidade quando abordados os temas da Bioética e da Responsabilidade.

Um dado que corrobora com a importância da discussão e divulgação do tema desta Tese é encontrado no estudo realizado em 1995 pela Fundação Oswaldo Cruz, encomendado pelo Conselho Federal de Medicina e com o apoio de diversas instituições de saúde, e que obteve resposta de 15488 médicos de todo o território brasileiro. Nele constatou-se que 16,5% dos profissionais não possuem conhecimento do código de ética médica (MACHADO, 1997, p.221). O código de ética médica está situado no campo da Deontologia, matéria obrigatória na formação dos médicos e que se dedica ao estudo das regras e deveres do profissional. O seu desconhecimento serve como um indicador da ausência da Ética, já que, ao menos em parte, este código profissional estabelece as condutas adequadas ao profissional, pois visa a regular comportamentos entendidos como éticos. Em outras palavras, se uma parcela significativa dos médicos desconhece os aspectos básicos de seu código profissional, que regula comportamentos assinalados como “éticos”, tem-se um parâmetro inicial para imaginar um desconhecimento também de outras questões relacionadas à ética, como as abordadas neste trabalho. Este desconhecimento sustenta, ainda mais fortemente, a hipótese de que o médico age, em algumas situações, com falhas do ponto de vista ético.

FORTES (1998) esclarece que Deontologia “constitui um conjunto de normas que indicam como devem se comportar indivíduos na qualidade de membros de determinado corpo sócio-profissional” (p.29).

Esta Tese não tem como foco um estudo deontológico, embora sejam utilizados determinados artigos e entendimentos do Código de Ética Médica brasileiro como parâmetro para algumas análises e comparações.

A responsabilidade civil é a forma legal que a sociedade encontrou para regular a ação do indivíduo e do médico, tornando-o responsável pelos seus atos e cobrando-o, por meio da coerção estatal. Esta Tese também não tem como foco um estudo jurídico da relação do médico com o paciente, particularmente no que tange à responsabilidade civil, já que o seu tema é a Ética e não as normas jurídicas. Por outro lado, utilizaremos alguns aspectos dela como forma de mostrar a importância da Ética nesta relação com o paciente, a partir das consequências negativas de sua não contemplação.

Esta Tese pretende integrar a Medicina, o Marketing e a Responsabilidade, inclusive a responsabilidade civil, como áreas de conhecimento e atuação do médico, e colocar a Ética como a direcionadora de sua conduta e utilização destes conhecimentos. Também faz uso da Psicologia, com o intuito de mostrar a importância de o médico conhecer o seu paciente e conhecer a si mesmo.

É importante ressaltar que esta Tese não tem o objetivo de se aprofundar em nenhuma das áreas em que toca, respectivamente Medicina, Ética, Marketing, Responsabilidade, Responsabilidade Civil e Psicologia. A principal contribuição da Tese é a abordagem multidisciplinar, ou seja, a costura de aspectos das diferentes áreas acima expostas, com o intuito de fazer uma reflexão sobre a atuação do médico e de oferecer uma sugestão de caminho a ser seguido.

Neste sentido, com esta Tese procuramos contribuir, dentro do contexto da atuação do médico, para uma maior integração entre Ética e Marketing, entre Medicina e Psicologia, entre ação e reação (responsabilidade). É a própria integridade da atuação do médico que serve de pano de fundo para o estudo e as sugestões aqui apresentados.

O estudo da Ética tem seu foco central nas ações do médico, em um sujeito específico, em quem age, estudando assim suas ações, consequências e intenções. O estudo do marketing tem seu foco central na relação, na troca entre duas ou mais pessoas, mais especificamente na percepção e na satisfação de cada parte.

Um dos propósitos desta Tese é o de demonstrar que a Ética, em conjunto com o entendimento do marketing de relacionamento, pode ser uma das formas de proporcionar

sucesso profissional, entendido como um número suficiente de pacientes para uma prática médica e que possibilita uma remuneração adequada ao profissional.

GRISARD (2002) afirma neste mesmo sentido que “A disciplina de Ética Médica e Bioética é a disciplina em falta no ensino médico brasileiro, de forma hierarquizada, como suporte e fator de êxito profissional dos futuros médicos e resposta à sociedade” (p.100). Em outras palavras, a Ética é um elemento importante para o sucesso do médico, devendo ser mais valorizada e oferecida - de forma coerente com sua importância - nos cursos de graduação em Medicina.

Como o estudo proposto nesta Tese tem como foco central a ética do agir médico, mas engloba também as conseqüências no marketing de relacionamento do médico com seus pacientes, será apresentada uma pesquisa com o médico - visão centrada em como ele diz que se comporta e pensa -, e uma pesquisa com o paciente - visão centrada em como ele diz que percebe o médico e pensa.

1.2. Estruturação da Tese

Esta Tese tem três objetivos básicos:

- 1) Levantar os principais preceitos éticos, de responsabilidade, de Psicologia, de Medicina, de marketing de relacionamento, apontando a sua aplicação na relação com o paciente;
- 2) Comparar e analisar estes preceitos ante a atuação declarada e o entendimento e percepção dos médicos e dos pacientes;
- 3) Contribuir para a construção de alguns parâmetros éticos que devem direcionar a conduta do médico em suas ações de marketing.

Dentro da grande variedade de ações de marketing possíveis, o marketing a que esta tese se refere é especificamente o marketing de relacionamento, ou seja, todas as ações que o médico faz em relação ao paciente. Mais especificamente, se refere a todas as ações que se dão no momento de contato entre o médico e o paciente.

As relações e implicações da atuação da equipe do médico, embora gerem impacto sobre o paciente e sobre os aspectos éticos e de marketing de relacionamento, não serão abordadas nesta Tese, já que este não é o seu objetivo central.

Outro importante limitador do espectro desta Tese é que ela foca na realidade do médico e do mercado brasileiros.

Os médicos estudados serão todos aqueles que atuam no Brasil, com um maior direcionamento, particularmente da pesquisa de campo, para aqueles que atuam, mesmo que parcialmente, no setor privado, aqui entendido como os profissionais que trabalham, total ou

parcialmente, em instituições que cobram por seus serviços, seja o pagamento feito diretamente pelo paciente, ou por meio de intermediários, como no caso de sistemas pagadores, convênios médicos, em todas as suas formas: medicina de grupo, seguradora, auto-gestão e cooperativa. A escolha deste segmento, embora existam outras classificações do perfil do médico, tem como objetivo avaliar o profissional que tem uma certa independência para escolher a forma como quer se relacionar com o paciente, definindo aspectos como a duração da consulta, o tipo de informação que quer dar ao paciente, as ações de comunicação que decide realizar, entre outros.

A estruturação lógica do trabalho será a seguinte:

Capítulo I:

Introdução ao tema, com sua respectiva justificativa, e apresentação dos objetivos da Tese.

Capítulos II a VI:

Apresentação do levantamento bibliográfico e reflexões sobre o médico e a medicina, a ética geral, e em saúde – bioética -, a responsabilidade do profissional, alguns aspectos psicológicos e do relacionamento com o paciente que direcionam o comportamento ético do médico e o marketing de relacionamento.

Capítulo VII:

Criação de assertivas para a ação do médico, com os princípios que devem estar presentes na conduta do médico, interligando os diversos temas apresentados.

Capítulo VIII:

Pesquisa de campo com médicos e pacientes, realizando um levantamento da atuação declarada e do entendimento e percepção dos médicos brasileiros sobre suas ações de relacionamento e comunicação, comparando e analisando estes pontos com o entendimento e a percepção dos pacientes.

Capítulo IX:

Conclusões, com a comparação entre os aspectos encontrados e as hipóteses inicialmente estabelecidas, verificando se estas hipóteses foram rejeitadas ou não, análise da relação com a literatura revisada e sugestões para outros trabalhos nesta mesma temática.

Como uma contribuição para futuros trabalhos, com esta Tese pretendemos fazer algumas reflexões que possam ser verificadas em outras pesquisas sobre a mesma temática.

Capítulo 2 - O Médico e a Medicina

Este capítulo tem dois objetivos. O primeiro é demonstrar alguns fatores ambientais que afetam o sujeito médico, considerando sua potencial influência no comportamento deste profissional. Chamamos de fatores ambientais os aspectos relacionados ao ambiente ou mercado onde o médico atua. O segundo é mostrar a importância da relação médico-paciente e dos fatores mentais e emocionais do paciente para o processo de cura.

Embora esta Tese aponte fatores ambientais que podem influenciar o comportamento do médico, isto não significa que a existência de fatores negativos, como dificuldades no relacionamento com os convênios, justifique um comportamento não ético.

2.1. O perfil do médico e de seus problemas

Segundo o Conselho Federal de Medicina existem cerca de 291.000 médicos atuando no Brasil², distribuídos em diversas regiões, conforme o quadro abaixo:

² www.cfm.org.br em 08/07/2004.

Tabela 2.1.1. - Médicos por Habitante – Brasil

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO (1)	TAXA			
			DE MÉDICOS		TAXA DE	
			CRESCI-ATIVOS		CRESCI-	
			MENTO NOS	MENTO	RELAÇÃO	Med/HAB
			ANUAL CRM's (2)	ANUAL DE (3)	MÉDICOS	
	AC	557.526	3,29%	435	0,00%	1.282
	AP	477.032	5,77%	396	0,00%	1.205
	AM	2.812.557	3,31%	2.709	4,13%	1.038
NORTE	PA	6.192.307	2,54%	4.860	5,14%	1.274
	RO	1.379.787	2,24%	987	0,00%	1.398
	RR	324.397	4,58%	476	4,20%	682
	TO	1.157.098	2,61%	982	0,00%	1.178
	SUB-TOTAL	12.900.704	2,86%	10.845	3,52%	1.190
	AL	2.822.621	1,31%	3.193	4,07%	884
	BA	13.070.250	1,09%	11.996	3,00%	1.090
	CE	7.430.661	1,75%	6.797	3,68%	1.093
	MA	5.651.475	1,54%	3.120	2,88%	1.811
NORDESTE	PB	3.443.825	0,82%	3.803	4,73%	906
	PE	7.918.344	1,19%	10.271	2,82%	771
	PI	2.843.278	1,09%	2.057	5,35%	1.382
	RN	2.776.782	1,58%	3.278	2,75%	847
	SE	1.784.475	2,03%	1.992	4,02%	896
	SUB-TOTAL	47.741.711	1,32%	46.507	3,40%	1.027
	ES	3.097.232	1,98%	5.336	3,75%	580
SUDESTE	MG	17.891.494	1,44%	28.843	3,69%	620
	RJ	14.391.282	1,32%	50.452	3,11%	285
	SP	37.032.403	1,80%	82.852	2,56%	447
	SUB-TOTAL	72.412.411	1,62%	167.483	2,96%	432
	PR	9.563.458	1,40%	14.033	4,10%	681
SUL	RS	10.187.798	1,23%	20.329	4,39%	501

	SC	5.356.360	1,87%	7.678	4,86%	698
	SUB-TOTAL	25.107.616	10,43%	42.040	4,38%	597
	DF	2.051.146	2,82%	6.979	1,03%	294
	GO	5.003.228	2,49%	6.873	1,60%	728
CENTRO-	MT	2.504.353	2,40%	2.536	5,52%	988
OESTE	MS	2.078.001	1,75%	2.681	4,10%	775
	SUB-TOTAL	11.636.728	2,39%	19.069	2,27%	610
	BRASIL	169.799.170	1,64%	285.944	3,21%	594

(1) - Dados do IBGE (2000) - Contagem da População

(2) - Dados do IBGE (2000) - Taxa média geométrica de crescimento anual

(3) - Dados do CFM - DEZEMBRO/2003

Fonte: Conselho Federal de Medicina – www.cfm.org.br em 08/07/2004

Esse quadro mostra a grande disparidade na distribuição dos médicos, como podemos perceber comparando o estado com maior concentração, que é o Rio de Janeiro, com 1 médico para 285 habitantes, com o estado com a menor concentração, que é Rondônia, com 1 médico para 1398 habitantes. Proporcionalmente, o Rio de Janeiro tem cerca de cinco vezes mais médicos por habitante do que Rondônia.

CANESQUI (2000) mostra que uma “concentração dos médicos nos grandes centros urbanos destaca-se como característica desse mercado” (p. 105).

Existem vários indícios que apontam para um certo desgaste desta profissão, com um aumento das dificuldades apresentadas pelo mercado e pela relação com os pacientes, podendo refletir nas ações dos médicos.

MACHADO (1997) mostra diversos problemas com os quais o médico tem se defrontado:

como, por exemplo, a perda de autonomia, do poder monopolista, do ideal de serviço etc. Hoje, o debate gira em torno de questões como a deterioração das condições de trabalho, o assalariamento crescente, o reordenamento do processo de trabalho, a incorporação de outros profissionais na equipe de saúde, bem como o fenômeno da sindicalização dos profissionais de saúde (MACHADO, 1997, p.15).

Outro aspecto que MACHADO (1997) apresenta é que o poder e o saber médicos estão sendo, de certa forma, questionados e partilhados com outros profissionais da área (como psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas).

Alguns trabalhos revelam que existe uma efetiva insatisfação do médico em relação à sua atuação no mercado de trabalho. Em MACHADO (1997), podemos constatar que 41,1% dos médicos definem o futuro da profissão com a palavra “pessimismo”, 17,3% com a palavra “incerteza” e apenas 18,5% com a palavra “otimismo” (p. 219). Já ZAHER (1995), em sua pesquisa com 293 médicos, constatou que 87,03% deles apontaram para um desgaste físico, associado a um desgaste psíquico, relacionado ao trabalho.

Outros dados que apontam as dificuldades dos médicos, conforme estudo de MACHADO (1997), são: o número de atividades médicas, sendo que apenas 17,4% dos médicos possuem apenas uma atividade, 27,9% possuem duas, 30,3% possuem três e o restante possui quatro ou mais atividades médicas; e a alta adesão dos médicos aos convênios (79,1%).

Em um outro levantamento, o Conselho Federal de Medicina – CFM – realizou uma extensa pesquisa com médicos brasileiros, obtendo um perfil ainda mais atualizado desta classe profissional.

Tabela 2.1.2. - Mercado de trabalho dos médicos no Brasil

Variável	Níveis	F	%
Onde exerce a profissão	Consultório	9454	67,0%
	Setor público	9756	69,7%
	Setor privado	7507	53,8%
	Setor filantrópico	2803	20,3%
	Docência	2621	18,9%
Número de atividades em Medicina	1 atividade	2403	17,5%
	2 atividades	3724	27,1%
	3 atividades	3748	27,2%
	4 atividades	2298	16,7%
	5 atividades	1024	7,4%
	6 ou mais atividades	570	4,1%
Medicina é única fonte de renda	Sim	12540	88,9%
	Não	1563	11,1%

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004. p.87-88

Como pode ser observado pelos dados acima apresentados, a maioria dos médicos brasileiros tem três ou mais atividades. Esta situação explica o alto percentual de médicos em diversos campos de atuação, sendo que 67% deles atuando em consultórios, 69,7% no setor público e 53,8% no setor privado, além de outras atuações, como no setor filantrópico e na docência.

Considerando também o fato de que 88,9% dependem exclusivamente da Medicina como fonte de renda, podemos interpretar que estes profissionais dependem desta diversidade de campos de atuação dentro da Medicina para garantir uma determinada renda. Esta diversidade também pode significar uma maior pressão profissional, particularmente no número de preocupações e carga horária trabalhada, influenciando na atenção e na dedicação para a relação com o paciente.

Outro indício de uma maior preocupação e direcionamento para uma melhor remuneração por parte dos médicos é o aparecimento das áreas de Urologia e Dermatologia entre as doze especialidades mais frequentes, “sugerindo o crescimento da preferência dos médicos por áreas onde se executam procedimentos, tidas como de maior retorno financeiro, principalmente em relação aos convênios privados” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, p.79).

Seguindo esta mesma lógica, CANESQUI (2000) aponta que “a escolha do jovem médico por uma especialidade em detrimento de outra sofre influência não só dos aspectos individuais, mas também da dinâmica do mercado de trabalho, representada pela remuneração, pela oferta e pelas condições do mercado” (p. 107).

Comparando a pesquisa feita pela FIOCRUZ, em 1995 (MACHADO 1997), e a realizada pelo Conselho Federal de Medicina, em 2003, podemos perceber uma piora dos indicadores de satisfação e renda. Em 1995, 86,6% dos médicos apontaram estar satisfeitos com sua especialidade, tendo este número caído para 65,4% em 2003. Na pesquisa de 1995, a renda mensal individual dos médicos foi predominantemente de até US\$ 2.000,00 (dois mil dólares) (44,5%), sendo minoria os que indicaram receber mais de US\$ 4.000,00 (quatro mil dólares) (18,6%). Na pesquisa de 2003, este cenário se reproduz, mas com uma piora, pois cresceu o número de médicos que ganham até US\$ 2.000,00 (51,5%) e baixou os que ganham mais de US\$ 4.000,00 (8,5%) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p.86).

³ É importante esclarecer que houve uma diferença metodológica nas duas pesquisas. Em 1995 a pergunta restringia-se a apenas sim ou não, enquanto que em 2003 a pergunta tinha 5 opções (de totalmente satisfeito a totalmente insatisfeito). O percentual de 65,4% refere-se à soma das opções satisfeito e totalmente satisfeito.

Tabela 2.1.3. - Desgaste da atividade profissional do médico no Brasil

Variável	Níveis	F	%
Desgaste da atividade profissional	Nada desgastante	368	2,6%
	Pouco desgastante	1154	8,2%
	Mais ou menos desgastante	4324	30,8%
	Muito desgastante	5488	39,0%
	Totalmente desgastante	2727	19,4%

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p. 96

Como podemos observar no quadro acima, a maioria dos médicos acha sua atividade muito ou totalmente desgastante (58,4%). Insatisfações e frustrações com o trabalho podem influenciar negativamente a atuação do profissional e sua vida pessoal. De um lado, a “avaliação que uma pessoa faz das suas escolhas profissionais e da atividade laboral em si tem, teoricamente, impacto direto na sua vida pessoal” (HOLLAND, 1997, apud CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p.85). De outro lado, este impacto na vida pessoal também tem, potencialmente, impacto na atuação profissional. Em outras palavras, uma avaliação negativa da sua vida pessoal, por dificuldades como falta de tempo, excesso de carga de trabalho e remuneração menor do que a esperada ou necessária, pode influenciar negativamente o desempenho profissional que, por sua vez, pode influenciar negativamente as ações e as atitudes do médico em relação aos seus pacientes.

Outro dado importante é que na pesquisa de 2003 do Conselho Federal de Medicina, 75% dos médicos tinham vínculo com algum tipo de convênio ou plano de saúde – que fazem parte do sistema pagador da medicina suplementar, principalmente nas modalidades cooperativa, medicina de grupo, auto-gestão e seguro saúde. Isto revela a dependência que os médicos brasileiros têm em relação aos convênios e sistemas pagadores da medicina suplementar, sendo que estes sistemas normalmente oferecem várias opções de serviços e profissionais médicos aos seus usuários.

Por outro lado, apenas cerca de 15% da população brasileira, ou seja, 26.300.000 são cobertas por algum convênio ou plano de saúde do sistema pagador de medicina suplementar⁴. Nesta situação temos 75% dos médicos trabalhando para 15% da população.

⁴ Informação retirada da Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002

Em uma pesquisa realizada pela Datafolha, encomendada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e pela Associação Médica Brasileira, com médicos de todas as regiões do Brasil, foi constatada uma considerável insatisfação com os planos de saúde, sendo que, em uma escala de zero a dez, dois terços dos médicos atribuíram notas entre zero e cinco para os planos. A nota média, entre o universo de pesquisados, foi de 4,66. Na avaliação dos planos de saúde, 44% os consideraram ruins ou péssimos, 44% regulares, 11% bons e 1% ótimos. Outro dado importante é que 93% da amostra pesquisada apontou que os planos interferem em sua autonomia profissional.

Na pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina, a maioria dos médicos também relatou que os convênios e os sistemas pagadores diminuem a liberdade de escolha do paciente, dificultam a realização de internações e exames e aumentam a burocracia do consultório, como podemos observar na tabela a seguir.

Tabela 2.1.4. - Opinião dos médicos sobre as conseqüências do sistema de convênios em fatores ligados à prática médica

Fatores de conseqüências	Direção da mudança		
	Diminuiu / piorou	Não se alterou	Aumentou / melhorou
Liberdade de escolha	6898	2163	4136
Para o paciente	52,3%	16,4%	31,3%
Autonomia profissional	10371	2020	906
	78,0%	15,2%	6,8%
Facilidade de	6660	2577	3888
internação e exames	50,7%	19,7%	29,6%
Burocracia no consultório	634	1515	10818
	4,9%	11,7%	83,4%
Clientela certa	4811	4301	3321
	38,7%	34,6%	26,7%

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p.115

NOGUEIRA MARTINS (199-?), apud WAHBA (2001), menciona “a necessidade de proteção para o profissional médico, sendo que o poder dos convênios, do mercado de trabalho, fragiliza e dá origem a uma postura oficial defensiva”(p. 31).

MACHADO (1997), ao abordar a questão da importância da autonomia do médico aponta que:

estudos realizados por Freidson (1978), Larson (1977), Starr (1991), Schraiber (1993), Ribeiro (1995) e Machado (1996) sugerem uma convergência no debate sobre a autonomia do trabalho médico. Estes autores adotam a premissa de que, no trabalho médico, é imprescindível a liberdade de ação, a autonomia de decidir a conduta técnica que melhor se adapte à necessidade do cliente. Adotando a definição de autonomia como a capacidade de tomar decisões por conta própria, observamos que ela constitui um valor em si mesmo para a profissão médica. Tanto no que se refere ao saber como ao ato em si (sua apropriação), a autonomia é um elemento-chave para entender o complexo mundo médico (MACHADO, 1997, p.23).

Notamos, assim, que há uma tendência à avaliação negativa quanto à influência do sistema de convênio na atuação do médico.

Outro importante dado que corrobora este entendimento é o movimento que as principais entidades médicas brasileiras, especificamente a Associação Brasileira de Medicina - AMB, o Conselho Federal de Medicina - CFM, as Sociedades de Especialidades Médicas, a Confederação Médica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos realizaram para a elaboração da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM. A CBHPM foi publicada em 1 de agosto de 2003 a partir de um trabalho que foi realizado durante três anos pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo – FIPE/USP, com a ajuda da AMB, do CFM e das sociedades de especialidades e está sendo utilizada para exigir a adoção dos seus valores pelos convênios e sistemas pagadores (PAIVA 2003).

Tabela 2.1.5. - Percepção dos médicos sobre o quanto algumas palavras definem o futuro da sua profissão

Fatores de mudança	Magnitude com que define				
	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Totalmente
Otimismo	1504 11,0%	6032 44,1%	4125 30,2%	1498 11,0%	508 3,7%
Pessimismo	941 6,9%	2263 16,6%	4208 30,8%	4838 35,5%	1393 10,2%

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p.117

Como podemos perceber, o pessimismo mostra-se mais forte do que o otimismo enquanto expectativa quanto ao futuro da profissão.

MACHADO (1997) aponta que os médicos jovens, como os residentes, também sentem muito desgaste no exercício profissional e vêem o futuro da profissão com incerteza e pessimismo.

Isto mostra que a pressão e a expectativa negativa começam cedo na atividade do médico.

Podemos acrescentar o fato de que, conforme apontam Gonçalves-Estella et al. (2002), apud CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2004), a “multiplicidade de papéis desempenhados pelos médicos, sua convivência constante com a dor e a necessidade de se capacitar constantemente, o torna provavelmente um dos profissionais mais sujeitos ao desconforto psicológico (psychological distress)” (p. 143). Este desconforto gera um desgaste profissional, podendo levar o médico, segundo estes autores, a desistir de atuar ou a assumir atividades que evitem o contato direto com o paciente. Isto é coerente com os dados da pesquisa realizada pelo CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2004), segundo a qual cerca de 1/5 dos médicos aponta que o valor emoção é o menos prioritário em sua vida (p.143).

MACHADO (1997) também aponta com clareza alguns dos motivos deste stress (que gera desgaste profissional) que influenciam a relação médico-paciente.

Lidar com vidas quase sempre em situações de fragilidade, tomar decisões que envolvem riscos vitais, fazer intervenções clínicas ou cirúrgicas em indivíduos enfermos – tudo isso torna o médico um profissional mais propenso a se sentir desgastado física e psicologicamente ao longo da vida profissional (MACHADO, 1997, p.92).

Estes dados influenciam diretamente o relacionamento médico-paciente, sendo fatores que podem dificultar, limitar ou até impedir sua existência.

A saúde mental do médico também pode influenciar sua conduta ética. O stress profissional tem um impacto neste sentido, como indicam “os estudos que Kirkcaldy e cols. (2002) têm revisado, os quais dão conta de distúrbios psicológicos leves (por exemplo, nível de estresse auto-informado) mais freqüentes entre os médicos do que da população geral” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p. 143).

Esses distúrbios certamente afetam o equilíbrio mental e emocional da relação com o paciente.

Segundo MACHADO (1998), houve uma revolução científica no século XX que transformou “definitivamente a atividade médica em uma prática tecnicamente segura amparada em um sólido conhecimento científico” (p.170). Como parte desta revolução e avanços científicos, tem havido um acentuado uso de tecnologia de ponta na Medicina, tendo como sua consequência uma crescente divisão do trabalho médico, com uma forte especialização de tarefas, funções e atos profissionais. A autora aponta ainda que especializar-se, para o médico, tornou-se:

... a solução, não só para preservar sua autonomia técnica como e principalmente para a manutenção da credibilidade e prestígio sociais. Conhecer parte e profundamente o conhecimento científico da medicina acaba sendo, para o profissional, uma atitude mais segura, prática, racional e adequada à realidade mercantil de produtos e produtores especializados, num mundo cada vez mais globalizado, individualizado e competitivo (MACHADO, 1998, p.174).

A mesma autora revela que o médico tem sido cobrado por uma constante e rigorosa reciclagem técnico-científica, devendo responder ao rápido avanço da Medicina e às crescentes exigências dos pacientes (MACHADO, 1997).

O enorme conhecimento existente na Medicina e sua incrível velocidade de crescimento é um fator a mais com o qual o médico precisa lidar para se manter atualizado. DANTAS (199-?)⁵ mostra que se estima que a cada três anos o conhecimento médico dobre.

A contra-partida desta especialização do médico tem sido o risco da perda de uma visão do paciente como um todo.

⁵ Data não especificada no artigo, estimada como sendo na década de 90. Disponível em <<http://climed.epm.br/eletivas/aula02/jornal.pdf>> Acesso em: 21 jun 2004.

MACHADO (1998) cita que os diversos autores do mundo todo, que se dedicam a estudar as mudanças pelas quais passa a Medicina, apontam para os seguintes aspectos:

... a fragmentação do conhecimento (especialização), com perda rápida do interesse do jovem médico por áreas básicas; o declínio do prestígio social; a perda da credibilidade social; o uso abusivo de tecnologia médica, provocando uma perigosa dependência do profissional com relação a tais recursos tecnológicos, levando assim a gradativa perda da capacidade do raciocínio clínico (MACHADO, 1998, p. 174).

DANTAS (1989) mostra que a visão de causa-efeito da doença, predominante na medicina, trouxe, por um lado, uma objetivação dos fenômenos que envolvem a doença, permitindo inumeráveis avanços tecnológicos, e, por outro lado, gerou uma desumanização do médico, com perda na qualidade da relação médico-paciente e conseqüente desprestígio do médico.

SIQUEIRA (2004) aponta que:

... o modelo de ensino vigente no curso de Medicina, estruturado no início do século XX por Abraham Flexner, privilegia o biológico em detrimento do ser humano biográfico. Em decorrência dessa percepção marcadamente cartesiana, oferece-se aos estudantes cada vez mais conhecimentos técnicos oriundos das inúmeras disciplinas acadêmicas e as informações são apresentadas sem qualquer preocupação de síntese integradora que respeita a dimensão antropológica do paciente (SIQUEIRA, 2004, p.7).

MACHADO (1998) coloca ainda que os efeitos da especialização são, ao menos em parte, negativos para o relacionamento médico paciente, pois modifica a mentalidade e o comportamento do paciente. Este, de certa forma, foi levado a acreditar que a medicina especializada oferece mais qualidade e segurança no tratamento das doenças. Assim, ele busca um atendimento médico especializado e não aceita mais com tranquilidade e segurança os atos e procedimentos básicos executados habitualmente pelo seu médico, como a anamnese e a ausculta, e espera e valoriza os exames complementares. Nesta nova relação, o médico não se sente seguro para diagnosticar e prescrever sem a ajuda de exames complementares, utilizando-os, muitas vezes, também como forma de proteção técnica e legal.

Isto não significa que o desenvolvimento técnico-científico seja negativo ou, como aponta FORTES (1998), a ética se coloque contrária a ele, mas que este desenvolvimento não deve substituir a atenção e o respeito ao paciente.

Outro aspecto que MACHADO (1998) aponta é para a mudança de trabalho liberal e independente do médico para um trabalho assalariado e/ou de dependência. Isto significa que a gestão da atenção médica tem sido cada vez mais definida por empresas e instituições que não apenas analisam as questões sob um prisma médico, mas dentro de uma realidade legal, de redução de custos, de limitações financeiras e operacionais. A intermediação das empresas de saúde e do Estado, que pagam ao médico, ao invés de ele receber diretamente do paciente, efetivamente limita a autonomia do profissional.

GROSSEMAN (2002) também considera que o médico tem perdido sua autonomia, tornando-se subordinado a outras organizações (públicas ou privadas), submetendo-se à condição de assalariado e tendo que trabalhar em mais de um local e em diferentes turnos para manter seu padrão social. Ainda segundo GROSSEMAN (2002), “estas mudanças podem interferir na satisfação profissional do médico, não só em relação ao trabalho concreto que ele exerce, mas também nas representações que ele tem dos significados de sua profissão” (p.5).

FORTES (1998) sugere que:

“... a desumanização das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes tem sido uma das principais causas apontadas para o aumento de denúncias e processos de promoção de responsabilidade jurídica, no âmbito civil (indenizatório) e na esfera penal (criminal) contra os profissionais de saúde” (FORTES, 1998, p.15).

ARNOLD et al. (1987), apud WAHBA (2001), definem humanismo como um termo que tem quatro vertentes:

- “Competência técnica: utilizando o referencial de PELLEGRINO (1974a), segundo o qual a incompetência é desumana;
- Atitude humanista: reflete motivações pessoais, fundamentada em valores específicos para a escolha da ação. Um médico com atitude humanista se compromete a promover a dignidade e o valor de seus pacientes, tratados como indivíduos;
- Conhecimento de conceitos humanísticos: conhecer conceitos como, por exemplo, autonomia e efeitos da doença nos objetivos de vida e interações do paciente;

- Comportamento humanístico: é o modo pelo qual o médico expressa suas atitudes e conhecimento. Um médico humanista pode comunicar efetivamente respeito, integridade e compaixão durante a interação com colegas e doentes” (p.26).

Assim, conceituamos humanismo como uma forma de atuação médica que alia o conhecimento e a atuação técnica médica com o conhecimento e atuação baseados nos aspectos subjetivos que afetam o ser humano como um todo, com respeito, interação e compaixão às características do paciente.

Podemos entender que esta desumanização, particularmente na falta do comportamento humanístico, reflete direto no distanciamento dentro da relação médico-paciente. E é interessante observar outro efeito perverso deste distanciamento: aumento das reclamações e processos contra os médicos, gerando mais pressão à atividade médica devido ao medo de ser processado.

ZAHER (1999) comenta que “A humanização da medicina tem sido o tema mais emergente da relação médico-paciente nos últimos tempos” (p.4). Neste sentido, é fundamental resgatar esta relação, tornando-a a base para o processo de cura da doença do paciente e dos problemas do médico.

Como pode ser observado nos dados apresentados, um dos entendimentos desta Tese, embora não seja seu objetivo prová-lo, é que este cenário com tendência de insatisfação atual e expectativa pessimista quanto ao futuro, aliada às dificuldades e problemas da profissão, podem influenciar negativamente a atuação do médico, inclusive quanto ao seu comportamento ético, particularmente na sua relação com o paciente.

Nesta Tese abordamos o comportamento não ético do médico centrado na falha da comunicação e informação com o paciente, especificamente em termos do respeito ao princípio bioético da autonomia.

2.2. Considerações sobre o termo Saúde

A Organização Mundial de Saúde - OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência da doença ou enfermidade”⁶.

DANTAS (1989), ao falar sobre a definição de saúde pela OMS, mostra que, “apesar de utópico, este conceito apresenta a qualidade de relacionar a saúde da pessoa com os níveis biológicos, psicológicos e sociais” (p.37).

Podemos perceber que o conceito da OMS sobre saúde está relacionado com mais do que uma visão puramente mecânica, ou seja, relacionada a fatores biológicos.

⁶ www.who.int/en em 09/06/04.

DANTAS (1989) mostra ainda que a “saúde é um estado de harmonia psicossocial (eu-eu/eu-mundo) e de equilíbrio fisiológico dos órgãos (homeostase), no qual o espírito dotado de razão que existe em cada ser humano pode se servir livremente da mente e do corpo para atingir os elevados fins da existência” (p.37).

Por outro lado, a doença pode ser entendida como um desequilíbrio que ultrapassa a esfera biológica. Segundo DANTAS (1989)

a doença passa progressivamente do invisível, do imperceptível, do abstrato, ao visível, perceptível, concreto. Inicialmente projeta-se no psiquismo, mostrando apenas o seu reflexo ou imagem (sensação indefinida de desconforto ou cansaço) e depois no corpo, desvelando então sua estrutura e relevos mais nítidos, em função de cada constituição (DANTAS, 1989, p. 39).

O autor aponta que esta evolução natural das doenças permite a classificação em três grandes grupos de problemas: 1) Problemas sensoriais, traduzidos em sensações de mal-estar; 2) Problemas funcionais, traduzidos em sintomas que refletem disfunções no funcionamento dos órgãos, mas com exames complementares negativos; e 3) Problemas lesionais, traduzidos em queixas com lesões orgânicas. “A doença agrava e se aprofunda quando passa do nível sensorial para o funcional, e deste para o lesional” (DANTAS, 1989, p. 39).

2.3. O impacto dos aspectos emocionais e mentais na saúde do paciente

Como podemos perceber da própria definição de saúde, o bem-estar mental e social fazem parte do ser com saúde. Isto nos permite supor que, se os aspectos mentais e sociais afetam a saúde, eles também afetam a sua recuperação, no caso da existência da doença, independentemente do seu nível.

O Conselho Federal de Medicina, órgão regulador do exercício da Medicina no Brasil, em uma de suas publicações, declara sua adesão irrestrita a algumas diretrizes doutrinárias e operacionais referentes às mudanças que devem ser realizadas no setor de saúde, sendo entre elas: “um novo modelo assistencial em saúde, incorporando aproximação, o vínculo entre profissionais e usuários, fortalecendo humanismo e a ética na relação médico-paciente” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1994, p.8).

Nesta mesma publicação, o Conselho manifesta sua preocupação e compromisso em participar dos processos de mudança do que chama de distorções da formação médica, especificamente em relação a: “ênfase nas discussões éticas e referentes ao compromisso

social; enfrentamento da questão tecnológica com senso de realidade; atenuação do hospitalismo; estímulo às novas bases da relação médico-paciente” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1994, p.9).

A nova base da relação médico-paciente é o resgate de um humanismo perdido. Este humanismo tem um impacto direto no estabelecimento da saúde do paciente.

DANTAS (1989) esclarece que:

a doença se manifesta através de manifestações objetivas (sinais) e subjetivas (sintomas). A ênfase nas manifestações objetivas da doença induz o médico a conceber a doença como uma desordem orgânica, buscando explicar, com base em relações de causa-efeito, aquilo que provocou o rompimento da homeostase. Já a ênfase nas manifestações subjetivas da doença leva o médico a conceber a doença como resultante de um distúrbio na maneira de viver do doente, levando-o a tentar compreender o paciente. (DANTAS, 1989, p.43)

O tentar compreender os pacientes implica em entender os aspectos emocionais e mentais que o influenciam.

WAHBA (2001) mostra que alguns médicos:

apontam o amor como tendo efeito curativo, e não temem usar esse vocábulo ao referir-se a seu relacionamento com pacientes. DOSSEY (1984), SIEGEL (1989), ORNISH (1998), baseando-se em pesquisas e pressupostos de conceitos genéticos sobre a evolução da espécie humana, mostram como a necessidade de conexão é registrada pelo organismo e suas redes neuronais e humorais como sendo propiciadora à saúde. Tais estudos associam-se às novas descobertas da neuropsicoimunologia e estudos sobre estresse (VASCONCELLOS, 2000). (WAHBA, 2001, p. 34)

Segundo DANTAS (1989), “neste século, talvez o fato mais marcante da medicina tenha sido o reconhecimento unânime de que ser humano é capaz de adoecer a partir de seu mundo emocional e a partir de seu mundo social” (p.54).

Novamente o humanismo aparece como um fator chave. DOSSEY (1984), apud WAHBA (2001), “cita um estudo na Johns Hopkins University – School of Medicine no qual pacientes

com confiança em seus médicos e enfermeiras saravam mais depressa, e aqueles menos confiantes e amedrontados demoravam mais a ter alta” (p.36).

SIEGEL (1989) apud WAHBA (2001) aponta que “a aliança com o médico é fundamental, pois, se ela não existir, o paciente resiste conscientemente, não tomando os remédios, ou inconscientemente” (p.36).

Também PERESTRELLO (1996) e EKSTERMAN (1968), apud WAHBA (2001):

ênfatizam a eficiência terapêutica por meio de um relacionamento pessoal satisfatório. O médico também pode ser iatrogênico, ainda que ‘do ponto de vista puramente tecnológico as coisas se passem corretamente’: ‘Sintomas de rejeição do medicamento, tais como herpes, taquicardia, sangramento, diarreia, na verdade eram rejeições do médico’ (PERESTRELLO, 1996, p. 108, 133).

SIQUEIRA (2004) reforça esta visão, apontando que:

qualquer médico sabe, por experiência própria, que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, social ou familiar. Sabe o profissional que a enfermidade é concomitantemente orgânica, psíquica, social e familiar. Quando uma pessoa procura atendimento médico, invariavelmente está buscando cuidados que não se limitam a livrar-se de um mal estar circunstancial. A relação médico-paciente nunca deixará de ser interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas. Não basta, portanto, apenas habilidades técnicas, pois fundamental é acolher o enfermo em sua dimensão biopsicossocial (SIQUEIRA, 2004, P.7).

Um dos aspectos básicos da interação médico-paciente reside na comunicação que ocorre entre estas partes.

Para SIEGEL (1998), apud WAHBA (2001), a comunicação é essencial para determinar o efeito positivo ou negativo do médico. SIEGEL relata que “uma pesquisa feita em Harvard revelou que um grupo que recebia a visita do anestesista na véspera da cirurgia – e explicações – precisava de menos anestesia e se recuperava mais rápido (SIEGEL, 1989, p.63)” (p.39).

Alinhado com a visão de que o médico pode efetivamente ajudar o paciente no processo de cura por meio da sua interação e comunicação com o paciente, “DOSSEY (1985) mostra como a biociência moderna dá importância à consciência interferindo na saúde, de fundamental importância para a prevenção. O papel do médico, segundo ele, é essencial para ‘ajudar a capacidade do corpo de se reordenar satisfatoriamente um grau mais elevado de complexidade quando desafiado pelo processo da doença’” (WAHBA 2001, p.127).

WAHBA (2001) se apóia em JUNG para explicar que a “distinção entre mente e corpo é uma dicotomia artificial, um ato de discriminação baseado muito mais na peculiaridade da cognição intelectual do que na natureza das coisas. De fato, é tão íntimo o inter-relacionamento dos traços psíquicos e corporais, que podemos não somente estabelecer inferências sobre a constituição da psique a partir da constituição do corpo, como também podemos inferir características corporais a partir das peculiaridades psíquicas” (JUNG, 1971, p. 916, apud WAHBA, 2001, p.129).

CANESQUI (2000) mostra que:

as mais recentes discussões sobre a construção social da doença enfatizam que a experiência com a doença (illness) é fundamental para se compreender a causação social da saúde. A distinção entre disease e illness é básica para se entender que a primeira expressão circunscreve-se mais ao fenômeno biológico, e a segunda, ao fenômeno subjetivo (CANESQUI, 2000, p.226).

Com este mesmo entendimento, WAHBA (2001) cita CASSELL (1984), acrescentando que fatores genéticos, ambientais e psicológicos, além de hábitos e crenças influenciam a maneira pela qual a enfermidade (illness) evolui.

Nesse sentido, como aponta a autora, é fundamental que ocorra o conhecimento do paciente e do médico para a descoberta da doença e de suas condicionantes.

DANTAS (199-?), quando aborda a questão do conhecimento técnico médico, aponta que, além da importância deste conhecimento, o amor, a compaixão ou intenção benéfica são dimensões fundamentais no exercício ético da profissão médica, pois o amor ao próximo é diretriz essencial para o exercício da medicina. O mesmo autor aponta que existem estudos de revisão da literatura que comprovam que uma efetiva comunicação médico-paciente gera melhores resultados clínicos. Isto significa que a comunicação e o relacionamento com o médico afetam a saúde do paciente.

DANTAS (1989) mostra que, “se a doença resulta de uma desadaptação, desequilíbrio, desarmonia ou descompensação do indivíduo em relação com os mundos físico, psicológico e social, ela se instalará quando a intensidade da agressão for superior à capacidade de defesa do organismo” (p.41).

Este entendimento permite que, segundo o autor, duas estratégias básicas podem ser utilizadas para re-estabelecer o equilíbrio: 1) evitar ou atenuar os agentes agressores; 2) estimular “os mecanismos de defesa do organismo doente, capacitando-o a melhor se proteger e ficar mais preparado diante de futuras e prováveis agressões” (DANTAS, 1989, p. 41).

Nesta segunda estratégia podemos perceber o papel do médico, ajudando o paciente a se preparar, tanto física quanto mental e emocionalmente.

2.4. A Homeopatia como um exemplo

A Homeopatia é uma especialidade médica reconhecida no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina no ano de 1980.

Segundo a Associação Paulista de Homeopatia⁷, a Homeopatia, por sua própria concepção, é uma forma de tratamento que contempla a totalidade do ser humano e não apenas as doenças isoladamente. De forma prática, este entendimento se reflete em sua consulta, onde são abordadas questões relativas à vida inteira do paciente, tornando-a mais humanizada. Além disto, a Homeopatia entende que o paciente tem uma co-responsabilidade em seu tratamento. Desta forma, torna-se necessário uma real parceria entre médico e paciente na busca de seu equilíbrio.

Outro aspecto da Homeopatia é que ela entende que o indivíduo tem uma doença única, que apenas muda de nome durante sua vida. Este entendimento relaciona sempre o indivíduo à doença, qualquer que seja ela, sem que o foco seja separado paciente-doença.

Neste sentido, o tratamento homeopático visa ao re-equilíbrio do organismo como um todo, nos planos físico, mental e emocional.

Ainda segundo a Associação Paulista de Homeopatia, “a consulta homeopática, por abordar questões relativas à vida inteira do paciente, é mais humanizada que a grande maioria das consultas com especialistas”⁸. Embora esta afirmação seja feita por uma entidade e possa estar relacionada a interesses desta mesma, ela serve como um indício de que a Homeopatia

⁷ www.homeopatia.org.br em 10/04/2004.

⁸ www.homeopatia.org.br em 10/04/2004.

pode ser um exemplo de maior interação entre o paciente e o médico, permitindo uma melhor comunicação e relacionamento.

LOURENÇO (1989) aponta os seguintes pressupostos de a Homeopatia: “(1) os sintomas representam a doença e a cura significa o completo desaparecimento dos sintomas; (2) os sintomas expressam o esforço orgânico em recuperar o equilíbrio perdido; (3) o organismo possui uma capacidade natural de manter e recuperar esse equilíbrio...” (p.87).

Como exemplo da relação entre o físico e o mental no ser humano, o fundador da Homeopatia, Hahnemann aponta que os sintomas mentais seriam, entre todos, os mais determinantes na escolha do medicamento (LOURENÇO, 1989).

GONSALVES (1989) também mostra que a doutrina homeopática tem, entre seus conceitos fundamentais, a unidade do ser humano: “o homem deve ser considerado como um todo, ou seja, sob o aspecto integral” (p.198). Neste sentido, a Homeopatia, segundo o autor, opõe-se à superespecialização.

Embora seja reconhecida oficialmente, a Homeopatia não é consenso entre os médicos e a comunidade científica. SABATINI (1998)⁹ faz diversas críticas aos reais efeitos da Homeopatia baseando-se em uma pesquisa bibliográfica que realizou na MedLine (US National Library of Medicine) no período entre 1972 e 1997 e em vários artigos publicados em revistas e em sites na Internet. Por outro lado, também encontrou diversos artigos e pesquisas que embasam cientificamente, e segundo este autor, ao menos parcialmente, a Homeopatia.

LOURENÇO (1989) também faz diversos questionamentos quanto ao fato da Homeopatia ser considerada uma ciência. Por meio dos principais critérios metacientíficos, segundo o autor, a homeopatia:

- (1) apresenta-se como um esboço de teoria, isto é, como uma teoria fenomenológica (estágio de protociência);
- (2) possui uma organização lógica intuitiva (não é um sistema hipotético-dedutivo);
- e (3) está impedida de aperfeiçoamento por importantes obstáculos epistemológicos: as conjecturas que a doutrina contém, além de serem julgamentos (enunciados) da experiência imediata, não encontram apoio em nenhuma teoria científica correlata; de tais julgamentos dificilmente podemos inferir algo com segurança, mesmo porque pode

⁹ <http://www.nib.unicamp.br/recursos/homeopatia>

resultar de erros de percepção, sendo, portanto, inúteis para a construção da ciência (LOURENÇO, 1989, p.151).

LOURENÇO (1989) afirma ainda que a “teoria homeopática não foi concebida como um conjunto de suposições logicamente organizada, a partir do qual fossem derivadas conjecturas a serem comprovadas por testes empíricos, ou seja , não foi concebida como um sistema hipotético-dedutivo”(p. 126). Mas ele conclui que é possível inferir que alguns resultados de pesquisas sobre a Homeopatia apóiam, mesmo que debilmente, a suposição da ação de substâncias muito diluídas, sendo este um dos pressupostos básicos do medicamento homeopático.

Não é nossa intenção nesta Tese provar ou não a eficácia ou se aprofundar na discussão científica sobre a Homeopatia. O objetivo de se abordar a Homeopatia nesta Tese está relacionado a pelo menos dois de seus pressupostos, sobre os quais não encontramos críticas na literatura: 1) os benefícios que a relação mais próxima do médico com o paciente traz para a saúde deste último; 2) a influência de aspectos físicos, mentais e emocionais na saúde do paciente.

Assim, a Homeopatia é citada como um exemplo concreto de matéria e atuação médica que, percebendo as dimensões mentais e emocionais, considera que a interação com o paciente, a partir de um profundo conhecimento de sua realidade, é uma maneira fundamental de ajudá-lo a recuperar o seu equilíbrio.

Capítulo 3 - A Ética

Este capítulo tem como objetivos: 1) apresentar as principais noções de Ética, bem como a relação entre a Ética e a lei e a Ética e o código de ética médica; 2) apresentar as principais noções sobre Bioética, particularmente em relação ao princípio da autonomia; 3) esclarecer a relação entre o papel do médico e a Ética.

3.1. A Ética e seu entendimento geral

A Ética é um assunto debatido há muito tempo e por muitos autores, mas cujo tema se mantém mais atual do que nunca, já que seu objeto são os atos humanos, ou seja, as ações livres do homem que é responsável pelo ato de fazer ou omitir (LUÑO, 1982). Nossos atos e ações, livremente escolhidos, geram conseqüências na nossa própria vida como na vida de outros seres humanos. A vida em sociedade pede pelo entendimento da Ética. E “a ética pode ser entendida como a ciência voltada para o estudo filosófico da ação e da conduta humana, considerada em conformidade ou não com a reta razão” (GER, 1979, p.433. apud ARRUDA; RAMOS; WHITAKER, 2001. p.41).

A Ética estuda a moralidade dos atos humanos, ou seja, os considera enquanto bons e maus. FORTES (1998) descreve a Ética como uma disciplina que se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano, uma reflexão que “interpreta, discute e problematiza, investiga os valores, princípios e o comportamento moral à procura do ‘bom’, da ‘boa vida’, do ‘bem-estar da vida em sociedade’” (p.26).

O termo Ética provém de *ethos*, do grego, que significa caráter, modo de ser, costumes, conduta de vida. Este é o mesmo significado da palavra moral, que vem de *mos*, *mores*, do latim e que significa também costumes, conduta de vida. Alguns autores, entretanto, entendem que estas duas palavras possuem significados conceituais bastante distintos. A moral estaria relacionada com a normatização da conduta, enquanto a Ética está intrinsecamente colocada enquanto crítica da conduta (FORTES, 1998; ZAHER, 1999; FARIA, 2003).

Outros autores (LUÑO, 1982; ARRUDA, 1986; ARRUDA; WHITAKER; RAMOS, 2001) apontam para o entendimento de que os significados de Ética e de moral podem ser considerados como idênticos. Nesta Tese adotaremos o entendimento de que Ética e moral têm o mesmo significado, ou seja, de que são uma ciência prática que visa a estudar, analisar

e definir o bem do e para o homem, principalmente a partir do seu comportamento. Quando estivermos falando da normatização da conduta, usaremos o termo normas.

GIANOTTI (1994) considera que a Ética não avalia apenas se um ato é certo ou errado, mas analisa se o agente está se comportando como podendo agir de outro modo e levando em consideração os impactos sobre outra pessoa, na sua condição de sujeito. Desta forma, é a busca do bom e do bem o foco central do estudo e do uso da Ética.

A Ética permite que se faça uma diferenciação entre o que se pode fazer fisicamente e o que se pode (ou deve) fazer eticamente (ARRUDA; WHITAKER; RAMOS, 2001). Podemos deduzir, assim, que nem tudo o que se pode fazer deve eticamente ser feito. A ação deve estar direcionada apenas para o bem de si próprio e dos outros.

LUÑO (1982) mostra que o bem está relacionado com a natureza. Assim, é necessário conhecer a natureza humana para precisar o que é bom e o que é mau para o homem.

KREMER-MARIETTI (1989) ao abordar o significado do que vem a ser bom, aponta um conflito, ou como o autor aponta, um constrangimento existente:

Com efeito, de um lado, descobrimos o constrangimento da inclinação e do desejo, de outro, o da Lei, ambos agindo concertadamente, sem necessariamente se neutralizarem, mas, antes, impondo-se, cada um evidenciando o outro. O duplo constrangimento permanente, da Lei e do desejo, quer partamos da Lei, como Kant, ou do desejo, como Freud, é o que revela a própria base da conduta moral e é o que reconhecemos como interagindo na obrigação moral. Esta obedece à injunção formal da lei e, ao mesmo tempo, guarda na memória os desiderata da inclinação, combatendo contra as forças atuais do desejo, do qual assume a subversão. (KREMER-MARIETTI, 1989, p.8).

Aqui podemos perceber a possibilidade de existência de um conflito entre o que queremos ou desejamos e o que é entendido como bom para nós e para a sociedade, neste segundo caso podendo ser representada pela lei. Este conflito certamente é um dos elementos de influência da atuação ética.

O mesmo autor aponta a dificuldade de se “colocar ‘bom’ no mesmo plano que outros conceitos – o que seria definir ‘bom’ como um conceito dado através de análise – logo, ‘bom’ não pode ser definido” (KREMER-MARIETTI, 1989, p.129).

ARRUDA; WHITAKER; RAMOS (2001) afirmam que o bem supremo do homem é a felicidade. Os autores também apontam que:

O bem pode apresentar-se sob tantas acepções quanto o próprio ser. O bem na categoria da substância é constituído por Deus e a inteligência; na categoria da qualidade, é a virtude; na da quantidade, é a medida; na da relação, é o útil; na do tempo, é a ocasião; na do lugar, é a posição regular, e o mesmo acontece com as demais categorias (ARRUDA; WHITAKER; RAMOS, 2001, p.28).

Nesta Tese não temos a intenção de nos aprofundar na discussão filosófica do que vem a ser bom ou o bem. Definiremos simplesmente bom ou bem como aquilo que ajuda, direta ou indiretamente, o homem na obtenção ou busca da felicidade.

ARRUDA; WHITAKER; RAMOS (1991) esclarecem que a moralidade ou eticidade dos atos humanos é determinada por meio da análise do seu objeto, das suas conseqüências (de quem age, onde, como, quando, com que meios) e de sua finalidade (propósito ou intenção).

Se a “ética implica opção individual, escolha ativa, requer adesão íntima da pessoa a valores” (FORTES, 1998, p.26), a tomada de consciência dos seus motivadores e intenções é o um importante passo para uma conduta realmente Ética.

Concordamos assim com ARRUDA; WHITAKER; RAMOS (2001) e temos que, para que a ação seja ética, é necessário um profundo exame do que ela representa, de quais são as suas conseqüências e do porquê de sua decisão ou motivação.

O estudo da Ética e todos os outros esforços humanos devem ter alguma finalidade específica. Esta finalidade é o objetivo maior que todos os seres humanos buscam. Este objetivo “da vida é perseguir a felicidade. Isto está claro. Se acreditarmos em religião, ou não; se acreditarmos nesta religião ou naquela; todos estamos procurando algo melhor na vida. Por isso, para mim, o próprio movimento da nossa vida é no sentido da felicidade...” (LAMA, 2000. p.13). Com estas palavras, LAMA (2000) mostra que o propósito central da nossa vida é realmente buscar a felicidade. A mesma felicidade relatada por LUÑO (1982), que acrescenta que esta felicidade não se alcança plenamente nesta vida, pois está relacionada com atingir um estado de perfeição, um conhecimento e amor muito perfeito de Deus.

Pouca atenção intelectual tem sido dada à felicidade, mas “... por otra parte el hombre no cesa de buscarla: todo lo que hace, lo hace con el propósito, más o menos deliberado, al menos con la esperanza de aumentar su felicidad”. (MARIAS, 1994, p.17).

São muitos os significados possíveis para felicidade. ARISTÓTELES (1995) fala de inúmeras definições sobre o que vem a ser felicidade e diz que é inútil examinar todas as opiniões sobre ela. Para ele a felicidade é o bem supremo e a felicidade suprema “radica en la vida contemplativa, la cual tiene por objeto las realidades más sublimes” (ARISTÓTELES, Ética Nicomáquea, Libro I, 1097b).

Ele também fala sobre a importância do homem enquanto ser independente, no sentido de possuir tudo aquilo que é necessário para a sua felicidade. “La felicidad es el bien que, cuando lo poseemos, nos hace independientes, y el hombre es independiente cuando posee todo lo necesario para su felicidad” (ARISTÓTELES, Ética Nicomáquea, Libro I, 1097b).

Concordamos com ARISTÓTELES quando esclarece que a vida humana é feita basicamente de ações e que são as ações que nos fazem felizes ou infelizes. Se são as ações do homem ou da mulher que os fazem felizes ou infelizes, temos que somos todos responsáveis, ao menos parcialmente, por nossa felicidade.

LAMA (2000) aponta que há uma diferença entre prazer e felicidade, sendo o prazer uma sensação temporária e que “... a maior felicidade é a de quando se atinge o estágio de Liberação, no qual não existe mais sofrimento. Essa é a felicidade genuína, duradoura. A verdadeira felicidade está mais relacionada à mente e ao coração” (p.36). Desta definição podemos perceber que a felicidade vai além de um prazer físico e instável, de uma satisfação passageira. (LAMA, 2000; LUÑO, 1982).

Nesta Tese, a felicidade está sendo considerada como um momento em que o homem se encontra sem sofrimento, seja físico, mental, emocional, social ou espiritual. A felicidade completa é o estado em que este momento permanece eternamente.

LAMA e CUTLER (2000) levantam uma interessante questão, quando questionam: “será que uma vida baseada na busca da felicidade pessoal não seria, em si, egocêntrica, até mesmo comodista?” (p.17). Os próprios autores respondem que isto não ocorre necessariamente. Eles se baseiam em pesquisas para afirmar que as pessoas mais centradas em si mesmas costumam ser as mais infelizes, sendo mais retraídas, ensimesmadas e hostis. Por outro lado, as pessoas felizes são mais sociáveis, flexíveis, criativas e capazes de suportar as frustrações diárias com maior facilidade do que as infelizes. Os autores ainda dão ênfase ao fato de que, mais do que tudo, as pessoas mais felizes são mais amorosas e dispostas ao perdão do que as infelizes. Este entendimento também revela que a busca da felicidade pessoal, sem se perder de vista a consideração e o respeito para com o próximo, está interligada com a possibilidade de gerar maior felicidade para os outros.

Sobre a relação entre a felicidade e a Ética, LAMA (2000) afirma que “... o comportamento ético é outra característica do tipo de disciplina interior que leva a uma existência mais feliz. Ela poderia ser chamada de disciplina ética” (p.51). Assim, podemos entender que a Ética é uma importante ferramenta no caminho para a felicidade. Agir com o objetivo do bom e do bem, para si e para os outros, leva à felicidade, também compreendida como diminuição ou eliminação do sofrimento próprio e de terceiros.

LAMA (2000) complementa que o foco da disciplina é a autodisciplina. Seu intuito não é o de defender uma disciplina imposta de fora por outros. É a disciplina aplicada com o objetivo de superar o que ele chama de qualidades negativas, ou seja, dos defeitos, erros e distorções do bom e do bem em nós. É a disciplina para superar certas tendências a atitudes negativas.

Superar nossas qualidades negativas significa também tomar consciência dos atos praticados e a serem praticados, de suas conseqüências e finalidades para, a partir desta compreensão, promover uma mudança real rumo à reta razão, ao bem, à felicidade.

Outro aspecto importante é o entendimento, que será defendido nesta Tese, de que a Ética, enquanto material de análise e auto-reflexão de cada ser humano, deve ser encarada como uma fonte de conhecimento e inspiração, com foco na busca de uma consciência maior, em vez de servir como uma disciplina imposta de fora para dentro. Este foco dá maior ênfase à discussão e reflexão sobre a Ética de cada um do que a formulação de regras a serem seguidas por todos, como dentro de uma visão deontológica.

A Ética abre a oportunidade para diferentes espaços em que podemos perceber sua influência. Como ZAJDSNAJER (200-?)¹⁰ aponta, a Ética influencia a atividade humana propriamente dita, ou seja, as decisões individuais do agir ou não agir. A Ética atua junto à própria reflexão, trazendo elementos para a análise da razão e a justificativa dos nossos atos. A Ética dá o suporte para a elaboração das normas e códigos, conforme os deveres e expectativas dos grupos sociais. A Ética se desenvolve na constituição dos seus conceitos, como liberdade, responsabilidade, felicidade, entre tantos outros. E a Ética permite a elaboração filosófica de suas teorias, dando suporte para o agir do ser humano, seu refletir e para a elaboração de normas e códigos, anteriormente citados.

Existem algumas doutrinas éticas que representam perspectivas filosóficas do seu entendimento. Estas doutrinas explicam ou justificam o agir humano a partir de determinados pressupostos. Assim temos a Ética clássica, a Ética estoica, a Ética epicurista, a Ética kantiana, a Ética utilitarista, entre outras (ARRUDA; WHITAKER; RAMOS, 2001).

¹⁰ Publicação não indica a data. Supomos que foi publicado nesta década. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/desafios_etc.htm> Acesso em 17/04/2004

Nesta Tese não temos o objetivo de um estudo de cada uma delas. Citaremos, e de forma bastante resumida, apenas três delas que consideramos mais relevantes para o estudo que está sendo feito: a clássica, a kantiana e a utilitarista.

A Ética clássica tem em ARISTÓTELES seu mais conhecido autor. Para ARISTÓTELES, “a Ética é a ciência de praticar o bem. O bem de cada coisa está definido em sua natureza: esse bem é uma meta a alcançar. Portanto, do bem depende a auto-realização do agente, isto é, sua felicidade. O bem do homem é viver uma vida virtuosa, e a virtude mais importante é a sabedoria” (apud ARRUDA; WHITAKER; RAMOS, 2001, p. 26). A proposta ética está fundamentada na idéia do bem, no agir de acordo com a virtude.

Platão, apud ARRUDA; WHITAKER; RAMOS (2001), outro autor dentro da Ética clássica, tinha como um dos aspectos de sua visão do mundo e da Ética que o homem deve agir objetivando atingir o ideal. Isto é agir eticamente. Neste sentido, a inteligência humana, bem utilizada, conduz ao bem. E o autêntico sábio sempre age na busca do ideal, retificando quando erra.

A Ética kantiana, como o próprio nome aponta, é a Ética desenvolvida por Immanuel Kant. BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) esclarecem que

Kant argumentou que a moralidade se funda na razão pura, não na tradição, na intuição, na consciência, na emoção ou em atitudes tais como a simpatia. Kant via os seres humanos como criaturas com poderes racionais para resistir ao desejo, com a liberdade de fazê-lo, e a capacidade de agir de acordo com considerações racionais (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 73).

Kant afirmava que somente se a ação for executada por um agente com boa vontade é que ela possui valor moral, e somente a existência de uma razão moralmente válida é que justifica a ação. Para Kant, o homem deve agir “não somente de acordo com, mas em nome da obrigação. Ou seja, para ter valor moral, o motivo da ação de uma pessoa tem de provir de um reconhecimento de que ela deseja aquilo que é moralmente exigido” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.73).

Kant aponta a existência de um imperativo categórico, que nos diz o que deve ser feito independentemente de nossos desejos, exigindo a conformidade incondicional de todos os seres racionais. Diferentemente da Ética clássica, que é baseada no bem e na virtude, a Ética kantiana é baseada no dever.

A Ética utilitarista é a fundada por Jeremy Bentham e que teve John Stuart Mill como seu grande difusor. O princípio da utilidade é o foco central desta doutrina. “Esse princípio diz que devemos sempre produzir o equilíbrio máximo do valor positivo sobre o desvalor (ou o menor desvalor possível, caso só se possam obter resultados indesejáveis)” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 62). O objetivo “da ética é a maior felicidade para o maior número de pessoas. Por felicidade, explica Mill, é preciso entender a presença do prazer e a ausência da dor. Todavia, como fazia Epicuro, é preciso aspirar aos prazeres superiores, isto é, aos prazeres do espírito” (ARRUDA; WHITAKER; RAMOS, 2001, p.35). O objetivo não é a maior felicidade para si mesmo, mas a maior quantidade de felicidade para o maior número de pessoas. A grande felicidade é a busca de uma existência isenta de dor e pródiga em prazeres, no maior grau possível, tanto quantitativa como qualitativamente. Para a Ética utilitarista, a felicidade é sinônimo de prazer.

FORTES (1998) indica duas grandes correntes teóricas de tomada de decisão ética. A primeira é a corrente teleológica, também denominada ética das conseqüências ou dos resultados. Por esta corrente, um ato é avaliado, sob o ponto de vista ético, conforme os seus resultados. Nesta linha de pensamento, o objetivo é a busca da maximização das conseqüências nas tomadas de decisão. Como uma corrente utilitarista, busca o maior bem-estar ou felicidade para o maior número de pessoas.

De outro lado, explica FORTES (1998), há a ética das intenções, dos deveres, do pensamento ético deontológico. Se o homem é um ser racional, suas decisões também devem ser racionais, já que a moralidade provém da racionalidade e não da experiência. Segundo esta corrente, uma ação está eticamente ajustada quando ela estiver de acordo a uma regra que satisfaça o princípio do imperativo categórico, que por sua natureza não admite exceções. Como podemos perceber, esta corrente é derivada da Ética kantiana, ou seja, do dever.

3.2. A Ética e a Lei

Quando falamos em Ética e sua relação com as ações do homem em sociedade, temos muitas implicações no campo do Direito. Da mesma forma, temos diversas implicações no campo dos direitos dos pacientes. O agir eticamente e o respeito aos direitos dos pacientes estão fortemente interligados. Conforme mostra FORTES (1998), a primeira declaração dos direitos dos pacientes é atribuída ao Hospital Mount Sinai, em Boston – EUA, no ano de 1972. Um ano após foi publicado o Patient’s Bill of Rights (Carta dos Direitos dos Pacientes) pela Associação Americana de Hospitais, que teve, entre outros, o mérito de consagrar o direito do paciente à informação e ao consentimento.

Uma das formas de se buscar a observância e o respeito aos direitos dos pacientes se dá por meio das normas ou leis. A relação entre as pessoas dentro de uma comunidade (convívio social) é influenciada, além da Ética, pelo ordenamento jurídico. A Ética depende de consciência e convicção do indivíduo frente às conseqüências dos seus atos em relação aos outros. As normas jurídicas não exigem a convicção ou o total conhecimento das conseqüências dos atos. Elas exigem obediência, independentemente de convicção pessoal, por meio de uma coerção estatal (VÁSQUEZ, 2000). São criadas por representantes do povo, que entendem e interpretam a complexa vida em sociedade e elaboram leis conforme seu entendimento e convicção. O ordenamento jurídico exige que todos conheçam as leis, particularmente os atos que são por elas limitados (seja por proibi-los, por colocar limites ou por exigir o cumprimento de determinados aspectos na realização destes atos), sem que se possa argumentar, pelo menos dentro da legislação brasileira, desconhecimento da lei.

Além de uma das bases para o surgimento da lei, a Ética coloca o ser humano em uma posição de reflexão sobre a própria lei, como muito bem aponta COELHO (2002) ao estabelecer que a Ética:

... é um movimento dialético, que coloca o homem dentro de uma tríade, no qual ele terá necessariamente que se posicionar. Essa tríade é composta da seguinte forma: a Lei, ou o que é estabelecido pela sociedade e que geralmente está sistematizado pela comunidade; a Liberdade, constante presença na vida humana apesar de todas as suas determinações (por isso, destaca-se que o homem é um ser que está condenado a escolher), e o Bem, ou Eudamonia em grego, que significa a procura do melhor para mim e para minha sociedade (COELHO, 2002, p.39).

A lei é algo a ser obedecido, pois sua base está na punição pelo descumprimento, e não pelas convicções internas. Embora se possa alegar que a lei está também comprometida com a felicidade, pois busca o equilíbrio na convivência social, ela não gera a intenção de agir pelo melhor para si e para o outro, que só vem das convicções internas. Outro aspecto que diferencia a Ética da lei é o princípio legal que tudo o que não é proibido ou limitado pela norma jurídica é permitido. Isto significa que, mesmo se um ato gerar uma determinada conseqüência nas pessoas, que não está comprometida com a felicidade, desde que este ato não se oponha a qualquer norma legal, é permitido. Desta forma, percebemos que um ato pode ser legal, mas pode ou não ser ético.

O inverso também poderia ocorrer, ou seja, a ocorrência de um ato ético, porém ilegal, o que poderia causar uma punição ao seu praticante, não sendo, entretanto, sua discussão o objetivo desta Tese. Entenderemos como pressuposto para a análise desta Tese que todo ato deve ser legal (respeitar o ordenamento jurídico), embora, como afirmamos, isto não seja suficiente para transformá-lo em um ato ético.

São muitos os exemplos de leis e normas que estabelecem diretrizes para as ações dos médicos. Historicamente, podemos ver que o primeiro documento que aborda a atuação e, mais especificamente, o problema do erro médico é o Código de Hamurabi (1790-1770 a.C.) (NETO, 1998). BERLINGUER (1996) reforça a idéia de proximidade dos médicos com as leis e códigos, mostrando que a Medicina foi a primeira profissão a nascer dotada ao mesmo tempo de um corpo doutrinal e um código de Ética.

A proximidade entre a lei e a Ética pode ser percebida dentro do campo da responsabilidade civil, ou seja, da responsabilidade dos atos prevista no Código Civil Brasileiro - CCB. O CCB, no seu artigo 951, reza o seguinte: O dispositivo dos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho. Os artigos 948, 949 e 950 descrevem o tipo de indenização correspondente a cada situação. Segundo FARAH e FERRARO (2000), a negligência exprime a falta de atenção, de cuidado ou precaução na execução de certos atos. A imprudência, por sua vez, caracteriza-se por uma atuação intempestiva do agente, sem a preocupação de prever o resultado. Por fim, a imperícia consiste na inexperiência, na inabilitação, na falta de qualificação técnica da pessoa para atuar. Agindo com imprudência, imperícia ou negligência, o médico que causar dano poderá ser responsabilizado. Mas, mesmo que não venha a causar dano, a existência de imprudência, imperícia ou negligência mostra a falta de Ética no agir.

Conforme menciona MACHADO (2002), alguns dos princípios da comunicação médica também podem ser observados no Código de Defesa do Consumidor – CDC - brasileiro, que regula todo tipo de propaganda ou publicidade médica ou de qualquer outro produto ou serviço. O CDC focaliza quatro princípios específicos da publicidade: 1) da veracidade, que é a adequação entre aquilo que se afirma sobre o produto ou serviço e aquilo que realmente é; 2) da clareza, que busca um total e claro entendimento do que está sendo divulgado, vedando expressamente que a publicidade contenha mensagem de concorrência desleal ou de uso indevido de sinais ou marcas de propaganda que prejudique o consumidor; 3) da correção, que

é a mensagem adequada à ordem pública ou legalidade; 4) da informação, ou seja, que a mensagem esteja fundamentada em dados técnicos e científicos que a sustentam.

Sob o aspecto ético, os princípios da veracidade, da clareza e da informação certamente devem estar presentes em qualquer comunicação médica.

3.3. A Ética e o Código Deontológico

Semelhante à relação entre a Ética e o ordenamento jurídico, temos a relação entre a Ética e as normas deontológicas. A norma deontológica é formada por um conjunto de normas que indicam à pessoa qual deve ser o comportamento enquanto membro de um determinado grupo profissional. Muitas vezes é chamada de ética profissional (FORTES, 1998).

LISBOA (1996) esclarece que, além de regular o comportamento, “um dos objetivos de um código de ética profissional é a formação da consciência profissional sobre os padrões de conduta” (p.58). A construção de modelos e códigos ajuda ao profissional no entendimento das diversas questões relacionadas à determinada conduta e serve como um direcionamento claro da conduta esperada. A reflexão sobre esta conduta pode contribuir para níveis mais profundos de consciência sobre seu comportamento e as consequências em seus semelhantes e na sociedade como um todo.

“Um código de Ética é um corpo de princípios que relaciona as principais práticas de comportamento permitidas e proibidas no exercício da profissão” (LISBOA, 1996, p. 62). O Conselho Federal de Medicina reúne no Código de Ética Médica as normas que devem ser seguidas por todos os médicos no Brasil, determinando o que o médico deve e o que ele não deve fazer, sendo este segundo aspecto o predominante em seu conteúdo. Dos 145 artigos do Código de Ética Médica, 112 são iniciados por é vedado ao médico, deixando claro o caráter restritivo dos atos médicos.

O atual Código de Ética Médica estabelece, em seu artigo 29: É vedado ao médico: Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência. Por sua vez, o artigo 5º, dispõe: O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Muitas normas que se encontram neste código significam uma normatização direta de princípios ou entendimentos da Ética. Os artigos 56 e 59 do Código de Ética Médica são bons exemplos desta aplicação. No artigo 56: É vedado ao médico: Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida. No artigo 59 temos que: É vedado ao médico: Deixar de

informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Um ato ético é aquele que considera suas conseqüências para as pessoas e opta por aquela ação que, além de não gerar malefícios, seja a melhor combinação entre as motivações que levaram à realização da ação e as melhores conseqüências possíveis para as pessoas.

Entendemos que um código de ética também não deve se tornar uma camisa de força, uma forma de obrigar as pessoas a realizar atos de uma determinada maneira. Esta é a função da norma jurídica, que deve conter o necessário para a regulação do convívio social.

O código de ética pode ser, mais do que qualquer outra coisa, uma ajuda externa para a análise e reflexão de nossas ações, suas conseqüências e de nossas convicções. Os atos de cada ser humano não devem estar sob o julgamento dos outros, exceto quando eles romperem com o ordenamento jurídico. Embora o código de Ética esteja dentro da normatização das condutas, especificamente as profissionais, entendemos que ele deva mais inspirar do que proibir. Isto não significa não exercer a prerrogativa da proibição, mas priorizar a orientação. Os artigos 56 e 59 acima apresentados são um exemplo de como o código está mais voltado à proibição do que à orientação. Enquanto o conteúdo cabe perfeitamente dentro da defesa do princípio da autonomia, como veremos ainda neste capítulo, podendo ser utilizado de forma orientativa, a sua redação fortalece a ênfase na proibição.

Outro aspecto que nos parece fundamental é que, embora o código de ética médica não seja a mesma coisa que a própria Ética, já que é uma norma e abarca em seu bojo interpretações e interesses profissionais, entendemos que o seu conhecimento por toda a classe profissional é um dos elementos básicos para sua efetivação e elevação do agir ético pelos médicos. No entanto, isto parece não ocorrer com a totalidade da classe médica brasileira.

GRISARD (2002) aponta que “as distorções do comportamento ético dos médicos revelam um mínimo de conhecimento sobre a diceologia e a deontologia médicas, bem como a falta de leitura do próprio Código de Ética Médica. O desconhecimento da norma é a norma!” (p.101). Corrobora com este entendimento o fato de que 16,5% dos médicos brasileiros afirmarem não ter conhecimento sobre o código de ética profissional (MACHADO, 1997, p.221). Se o profissional desconhece sobre o código, parece-nos razoável interpretar que esta parcela tem um maior probabilidade de não atuar de forma totalmente condizente com as prerrogativas do código de ética médica. Assim, temos um outro entendimento que guia uma das hipóteses desta Tese, ou seja, de que o desconhecimento sobre Ética, incluindo o Código de Ética Médica, influencia negativamente a atuação do médico, particularmente no sentido de agir

com falhas éticas em relação à comunicação e ao relacionamento com o paciente. Não é nossa intenção uma análise, dentro de nossa pesquisa, de causa-efeito, nem de determinar quanto este fator influencia a atuação do médico. A simples existência deste desconhecimento é, no nosso entender, um fator relevante para a nossa análise e fundamenta a nossa segunda hipótese, como veremos na pesquisa.

Se a lei exige, um entendimento possível é que muitas pessoas se preocupam em agir eticamente devido ao medo das conseqüências que não agir acarretariam, particularmente devido a penalizações impostas pelas normas vigentes, como a legislação ou um código de ética profissional. Esta motivação, como já apontamos, mostra-se insuficiente do ponto de vista ético, ou seja, o comportamento é direcionado à não penalização, em vez de ser guiado pelo melhor ou felicidade ao paciente. Um exemplo que ilustra esta realidade é o resultado da pesquisa realizada em 1999 pela Fundação Instituto de Desenvolvimento Empresarial – FIDES, segundo a qual a principal preocupação da maioria dos empresários brasileiros em agir eticamente restringe-se a cumprir a legislação. Outro exemplo interessante, neste caso em relação à diferença entre a visão legal e a visão ética de uma mesma situação, pode ser visto no relato do ex-governador do Estado de São Paulo, Franco Montoro, em um seminário sobre Ética nos negócios:

‘Em uma estação do trem, estava a seguinte placa: É proibido entrar com cachorros. Chega um ceguinho guiado pelo seu cãozinho, e o guarda o impede de entrar, devido ao estabelecido na placa. Em seguida chega um indivíduo com um urso, e o guarda o deixa entrar, porque afinal a placa nada dizia sobre os ursos...’ Explicava o Governador Montoro: é claro que o espírito do legislador é o de que não adentrasse a estação um animal que poderia pôr em risco a segurança das pessoas que por lá transitam, o que era o caso do urso e não do cachorro do ceguinho. O guarda da estação, ao se ater à letra ignorou o espírito que presidiu à formulação da norma e, portanto incorreu em um erro, que poderia ter colocado em risco a segurança dos passageiros (ANDRÉ FRANCO MONTORO apud RUTTER, 1999, p.17).

Se, conforme vimos, a Ética e as normas guardam diferenças, elas também guardam semelhanças. Kant veria o mundo ideal como aquele onde as normas surgem e são interpretadas como frutos diretos da Ética, onde a convicção pessoal também está diretamente ligada à observância destas regras.

3.4. Bioética

A intenção de abordar a Bioética nesta Tese é a de dar uma visão geral sobre os seus principais aspectos que influenciam o relacionamento médico-paciente. Dentro deste objetivo, é dada maior atenção à autonomia e suas implicações no relacionamento e na comunicação.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) citam várias perspectivas de abordagem Bioética para além da perspectiva dos princípios, como o modelo da casuística (Albert Jonsen e Stephen Toulmin); das virtudes (Edmund Pellegrino e David Thomasma); do cuidado (Carol Gilligan); do direito natural (John Finnis); o modelo liberal autonomista (Tristram Engelhardt); o modelo contratualista (Robert Veatch); o modelo antropológico personalista (E. Sgreccia, D. Tettamanzi, S. Spinsanti); o modelo de libertação; entre outros.

Nesta Tese nos limitaremos a uma apresentação básica da Bioética dos princípios, ou principialismo, e a algumas reflexões sobre a Ética das virtudes, por serem as que mais bem sustentam, ao menos em parte, nossa abordagem sobre o princípio da autonomia e sobre a relação médico-paciente. Embora sem a intenção de nos aprofundarmos sobre outras abordagens da Bioética, citaremos aspectos destas diversas abordagens, sem a preocupação de estabelecer a quem pertencem. Não temos com esta Tese o objetivo de nos aprofundarmos nas diferentes correntes ou aspectos da Bioética, nem nas idéias apontadas por diversos autores, defendendo uma ou outra. O objetivo foi o de esclarecer o que vem ser a Bioética e suas principais implicações para o relacionamento e a comunicação entre o médico e o paciente.

“A Bioética, de caráter eminentemente multidisciplinar, compreende ‘o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais’” (FORTES, 1994, p.129). A Bioética efetivamente engloba várias linhas de pensamento (SEGRE, 1999) e vai além da Ética médica, sendo esta por ela abarcada.

COELHO (2002) aponta quatro aspectos importantes da Bioética:

Compreende os problemas relacionados aos valores que surgem em todas as profissões de saúde, inclusive ‘afins’, e nas vinculadas à saúde mental; Aplica-se às investigações biomédicas e às do comportamento, independentemente de influírem ou não de forma direta na terapêutica; Aborda uma ampla gama de questões sociais, as quais se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a Ética do controle de natalidade, entre outras; Vai além da vida e da saúde humanas, enquanto compreende questões relativas à vida dos

animais e das plantas, por exemplo, no que concerne às experimentações com animais e as demandas ambientais conflitivas (COELHO, 2002, p.40).

A Bioética, como podemos desprender destas definições, estuda, discute e sugere a aplicação da Ética na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde.

A aplicação da Ética também está relacionada com a aplicação das virtudes morais. Segundo BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002), “uma virtude é um traço de caráter socialmente valorizado, e uma virtude moral é um traço moralmente valorizado” (p.80). Os autores explicam que o fato de um traço ser socialmente valorizado, como a coragem, não faz com que ele se torne necessariamente uma virtude moral. Isto só ocorre se este traço for apoiado por razões morais.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) apontam para a importância em capturar a motivação, em que a virtude moral é mais do que uma disposição para agir ou um hábito de agir de acordo com os princípios, as obrigações ou os ideais morais. “A virtude está intimamente vinculada a motivos característicos” (p.80).

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) colocam como limitação da Ética das virtudes o fato de que:

O defensor de uma Ética do caráter pura tem de afirmar que as virtudes em si mesmas, e não os princípios ou as regras, guiam a ação. A força dessa concepção está na forma de caráter de pessoa virtuosa. Numa pessoa virtuosa que seja decidida e resoluta, esse caráter deverá se mostrar tão funcional para orientar as ações quanto as regras e os princípios. Ao se confrontar com a questão sobre quais ações devem ser executadas, uma teoria da virtude pode responder: ‘aquelas ações que um agente moral exemplar executaria’ (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.87).

Os autores também apontam que, embora respeitem este argumento, isto exige uma qualificação e afirmam que em “muitas circunstâncias, os princípios e as regras são essenciais para orientar a conduta” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.87).

Dentro da Bioética, o principialismo de BEAUCHAMP e CHILDRESS é uma das linhas mais antigas e conhecidas, sendo fundamental para os primeiros passos e desenvolvimento da Bioética.

3.5. Princípioalismo

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) apontam quatro princípios que servem, segundo os autores, como diretrizes gerais para o entendimento da Bioética. Foram desenvolvidos a partir dos três princípios identificados pelo Relatório Belmont¹¹. Os três princípios do Relatório Belmont foram: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça. Já os princípios elencados por BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) foram:

(1) o respeito pela autonomia (uma norma sobre o respeito pela capacidade de tomar decisões de pessoas autônomas), (2) a não-maleficência (uma norma que previne que se provoquem danos), (3) a beneficência (um grupo de normas para proporcionar benefícios e para ponderar benefícios contra riscos e custos), e (4) a justiça (um grupo de normas para distribuir os benefícios, os riscos e os custos de forma justa). (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.55).

Estes autores esclarecem ainda que:

não-maleficência e beneficência desempenharam um papel histórico central na ética biomédica, enquanto o respeito pela autonomia e a justiça foram negligenciados na ética médica tradicional, embora tenham ganhado destaque em razão de desenvolvimentos recentes (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.55).

Os princípios em questão são *prima facie*. Isto significa que, em determinadas condições, o princípio admite exceções (SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 1998).

O princípio de não-maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Ele está diretamente relacionado com a máxima “*Primum non nocere*, ou ‘acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano’” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.209).

Os mesmos autores sugerem ainda uma distinção entre os princípios de não-maleficência e de beneficência. Não-maleficência significa que não devemos infligir mal ou dano. Já beneficência significa que devemos: impedir que ocorram males ou danos; sanar males ou danos; e fazer ou promover o bem. “Cada uma destas três formas de beneficência requer que auxiliemos operando ativamente – evitando danos, sanando-os e promovendo o bem -,

¹¹ Este relatório, publicado em 1978, foi o resultado de uma comissão do Congresso norte-americano para a proteção dos seres humanos na pesquisa biomédica e comportamental que investigou os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina. In: BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.10

enquanto a não-maleficência requer apenas que intencionalmente nos abstenhamos de executar ações que causem danos” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.212).

O princípio da justiça pode ser entendido como:

... tratamento justo, eqüitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas. Temos uma situação de justiça sempre que caibam às pessoas benefícios ou encargos em razão de suas propriedades ou circunstâncias particulares, como o fato de serem produtivas ou de haverem sido prejudicadas pelos atos de outra pessoa. Alguém que tem uma reivindicação válida baseada na justiça tem um direito, portanto algo lhe é devido (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.352).

Uma questão discutida dentro da Ética dos princípios é a relativa ao que acontece quando dois princípios entram em colisão. É mais freqüente ver situações em que os princípios de autonomia e beneficência se opõem. BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) esclarecem que “a principal obrigação do médico é a de agir pelo benefício médico do paciente, e não a de promover a decisão autônoma” (p.295). Por outro lado, isto não significa ignorar a autonomia do paciente. Os autores apontam que cada caso deve ser estudado com suas particularidades, sem que se estabeleça, a priori, um princípio absoluto, acima de todos. Neste sentido, na mesma obra, estes autores afirmam que “a beneficência fornece a meta e o fundamento primordiais da medicina e da assistência à saúde, enquanto o respeito à autonomia (e a não-maleficência e a justiça) estabelece os limites morais das ações dos profissionais ao buscar essa meta” (p.295).

O principialismo ou teoria principialista também é alvo de críticas. GUIA (2001), por exemplo, critica a teoria principialista, fundamentando assim:

A Ética de princípios toma a interação entre os princípios mesmos, e não as situações e contextos clínicos específicos, como vetor moral indicativo da posição Ética válida a ser tomada. Apesar dos argumentos que os principialistas promulgam, de que os quatro cardinais – justiça, beneficência, não maleficência e autonomia – possam contemplar abordagens de conflitos éticos de quaisquer naturezas e de que sua formulação tenha uma relação reflexiva com a experiência cotidiana da medicina, há forte consenso de que tais

assertivas se constituam mais em pretensões do que em posições reais (GUIA, 2001, p.167).

Por outro lado, esta autora não desqualifica os princípios, mas esclarece que sua crítica aos “componentes principialísticos da Bioética residem mais na insuficiência do que na inadequação das máximas que tomam como válidas” (GUIA, 2001, p.180). Ela argumenta que estes componentes, usados de forma isolada, são insuficientes tanto para solucionar ou minimizar os problemas médicos de natureza Ética, como para mobilizar e possibilitar uma reflexão imprescindível à qualificação moral da ação.

SEGRE (1999) faz críticas à Bioética das virtudes e ao principialismo. Sobre a Bioética das virtudes, o autor chama a atenção para a falta de relação entre quem define o que são as virtudes e quem age. Sobre o principialismo, mostra que, embora tenha sido importante no início da própria Bioética enquanto ciência, os princípios apontados dependem de uma diferenciação tão difícil que pode dar margem às mais variadas interpretações.

SEGRE (1999) aponta que, na sua tentativa de delineamento de um conceito de Bioética, procura priorizar o que vem de dentro. Isto significa a “desconstrução de toda ordem que já tenha sido estruturada, seja a partir da Lei, da Moral vigente, ou da Religião” (p.1, grifo do autor). Neste sentido, considera que cada pessoa possa, em princípio, perceber os conflitos que cada situação lhe traz, estabelecendo os seus próprios juízos de valores. O autor chama isto de reflexão autônoma, embora acredite na importância da existência de alguns pressupostos. Semelhantes às virtudes, esses pressupostos são a sinceridade consigo mesmo, a coragem de assumir posições e a condição de sintonia e integração com o próximo – seja a própria pessoa, sua comunidade ou o planeta.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) também afirmam que “há motivos, portanto, para se sustentar que as distinções entre os tipos de teorias não são tão significativas para a Ética prática como algumas vezes se proclamou” (p.135). Os autores citam que, se cada um deles precisasse escolher uma teoria específica, provavelmente divergiriam. Em outras palavras, eles diminuem a importância da prevalência de uma teoria em detrimento de outra, mostrando que nenhuma satisfaria todos os critérios.

Utilizamos a visão de SEGRE e de BEAUCHAMP e CHILDRESS para reafirmar nosso entendimento de que, embora os princípios e virtudes sejam muito importantes, o mais importante aspecto da Ética é a profunda reflexão interna do ser humano respondendo sobre algumas questões como: quem se é, o que fazer, por que se age, o que se pretende, o que isto gera nos outros.

3.6. Autonomia do Paciente

Autonomia é uma palavra semanticamente derivada do grego, formada por auto – próprio, ele mesmo e nomos - lei, regra, norma, convenção (MUÑHOZ e FORTES, 1998, SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 1998, BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002). A autonomia pessoal é definida por BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) como: “o governo pessoal do eu que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada” (p.138).

Autonomia significa a capacidade e a ação da pessoa em tomar decisões que afetem sua vida, de determinar as suas próprias leis. Podemos perceber duas condições básicas para o entendimento da autonomia: a liberdade, pela independência de influências controladoras, e a qualidade do agente, ou seja, sua capacidade de entendimento e de agir intencionalmente.

Para COELHO (2002), o entendimento da autonomia está diretamente relacionado, de forma dialética, com a heteronomia, já que “a determinação por si mesmo só pode ser pensada em referência ao que é enfatizado, inscrito, legislado pelo outro” (COELHO, 2002, p.40). Ainda segundo este autor:

Autonomia, na história, sempre esteve em conflito com a Heteronomia, principalmente com a sua expressão paternalista, quer dizer, à forma de resolver os problemas de autoridade, poder, obediência e liberdade através dos meios tradicionais embasados na estrutura familiar patriarcal, na qual o pater decide e faz todas as escolhas. Esse paternalismo é muito frequente no ambiente hospitalar, onde os profissionais de saúde assumem a figura do pater, influenciando de maneira decisiva e abusiva nas decisões do sujeito adoentado e fragilizado. Essa postura heterônoma é derivada da formação profissional, onde os profissionais de saúde aprendem uma atitude autoritária em relação aos usuários dos serviços de saúde (COELHO, 2002, p.41).

SEGRE; SILVA; SCHRAMM (1998) esclarecem que “a autonomia é sempre o exercício em que a liberdade se confronta com o seu contrário, com as determinações. Ela se exerce sempre num espaço ameaçado pela heteronomia” (p.19).

Para BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002), “na Ética biomédica contemporânea, a palavra autonomia se refere especificamente àquilo que faz com que a vida de uma pessoa pertença à

própria pessoa, isto é, se refere ao fato de que ela é moldada por preferências e escolhas pessoais” (p.74). Estes autores citam Kant que, diferentemente, entende que a autonomia vincula-se à autonomia de vontade, sendo que a autonomia só ocorre se o agir estiver de acordo com os princípios morais universalmente válidos que atendem aos requisitos do imperativo categórico. Kant amplia o sentido de heteronomia para além das ações manipuladas ou forçadas por outros, incluindo também a ação motivada pelo desejo, pelo medo, pelo impulso, por projetos pessoais, pelo hábito, entre outros.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) mostram que as ações podem ter graus de autonomia, especificamente em relação ao entendimento e as influências controladoras. Em relação à intencionalidade não há por que se falar em grau, ou seja, ou há ou não há determinada intenção. Os autores também esclarecem que:

Para que uma ação seja autônoma, exigiremos apenas um grau substancial de entendimento e de liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência. Limitar a decisão dos pacientes ao ideal da decisão inteiramente autônoma priva esses atos de uma posição significativa no mundo prático, onde as ações das pessoas raramente – ou nunca são completamente autônomas (p.141).

O entendimento do que vem a ser substancial para uma ação autônoma só pode ser contemplado em cada caso, e não determinado por uma teoria geral.

Um aspecto importante é que o princípio de autonomia não se aplica às pessoas que não são capazes ou competentes para agir, ou seja, que não podem agir de forma suficientemente autônoma, como crianças, indivíduos irracionalmente suicidas, dependentes de drogas, entre outros.

FORTES (1998) esclarece que é muito difícil a avaliação da competência de uma pessoa, que significa determinar se ela é capaz ou não de decidir por si mesma. Esta é uma das análises mais complexas, do ponto de vista ético, impostas aos profissionais de saúde, já que alterações emocionais, mentais e físicas, “podem comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões reduzindo a autonomia do paciente, dificultando sobremaneira o estabelecimento de limites precisos de capacidade individual de compreensão, de deliberação, de escolha racional” (p.41).

FORTES (1998) esclarece ainda que, mesmo os indivíduos considerados incapazes para certas decisões ou campos de atuação, como:

os pacientes com diagnósticos de transtornos mentais psicóticos, não o são para tomar decisões em todos assuntos. O julgamento de competência ou incompetência de uma pessoa deve ser dirigido a cada ação particular e não a todas as decisões que a pessoa deva tomar em sua vida (FORTES, 1998, p.41).

O autor estabelece sua posição, com a qual concordamos, que é a de que todos devem ser julgados capazes até prova de sua não competência.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) consideram que a autonomia inclui a obrigação de tratamentos respeitosos na revelação de informações e no encorajamento da decisão autônoma. Para estes autores, isto significa, inclusive, que o profissional se obriga, em alguns casos, a aumentar as opções disponíveis para os pacientes, já que:

muitas ações autônomas não poderiam ocorrer sem a cooperação material de outros que tornem as ações acessíveis. O respeito à autonomia obriga os profissionais a revelar as informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.144).

Para que o princípio da autonomia aconteça, algumas regras morais mais específicas devem estar presentes, como apontam BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002): “1) Dizer a verdade; 2) Respeitar a privacidade dos outros; 3) Proteger informações confidenciais; 4) Obter consentimento para intervenções nos pacientes; 5) Quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes” (p.145). Os autores também esclarecem que estas regras morais, da mesma forma que o princípio da autonomia, são *prima facie*, ou seja, não são absolutos.

GULINELLI et al (2004) apontam a importância do relato da verdade enquanto instrumento terapêutico, sugerindo que a informação, além de diminuir o sentimento de isolamento do paciente, colabora para a existência de uma cooperação mútua na relação médico-paciente. Os autores citam ainda Hall e colaboradores que “realizaram meta-análise de 41 estudos e concluíram que a satisfação do paciente está relacionada à quantidade de informação recebida e à participação no tratamento” (p.48).

FORTES (1994) menciona a Ética das conseqüências que permite, em determinados casos, mentir ao paciente, argumentando que:

a mentira pode trazer benefícios ao paciente, isto é, mantê-lo com saúde ou mesmo, vivo. Sua justificativa fundamenta-se na Tese de que, para reparar a desintegração produzida pela enfermidade, é preciso violar até certo ponto a autonomia da pessoa, objetivando restaurá-la (FORTES, 1994, p.132).

O autor também afirma que este ponto gera relevante “divergência com os adeptos das teorias deontológicas que não aceitam a permissão de mentir, pois entendem que a mentira violaria o princípio da autonomia e não pode ser validada eticamente” (p.132).

Entendemos que este tema é bastante polêmico e que, talvez apenas em algumas situações muito específicas, quando é realmente claro que uma determinada informação, requerida pelo paciente, traria muito mais danos do que melhoras à sua saúde, inclusive numa análise de médio e longo prazo, é que a mentira poderia ser justificada. Esta situação pode ser configurada como o confronto entre o princípio da autonomia e da beneficência. Percebemos que somente em casos concretos é que esta discussão pode ser feita, devido a inúmeras considerações que precisam ser analisadas. Mais do que isto, vemos que estas exceções apenas servem para reforçar a regra de que a verdade deve ser dita. Em uma análise apenas racional, se houver alguma dúvida, a verdade deve ser dita. Para uma análise completa, o racional deve estar unido à emoção, de onde sempre surgem as melhores respostas.

Assim, ao analisarmos o princípio da autonomia, podemos perceber que alguns aspectos importantes são: capacidade ou competência do paciente, consentimento informado ou recusa informada, veracidade, privacidade e confidencialidade.

Ao abordar o conteúdo das informações às quais o paciente tem direito sobre procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, FORTES (1998) esclarece que o paciente tem direito a ser esclarecido sobre os objetivos e a:

... natureza dos procedimentos, de sua invasibilidade, da duração dos tratamentos, dos benefícios, prováveis desconfortos, inconvenientes e possíveis riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que possa ter. Deve ter condições de entender a eficácia presumida das medidas propostas, sobre as probabilidades de alteração das condições de dor, sofrimento e de sua condições patológicas, ou seja, deve ser

esclarecido de tudo aquilo que vá fundamentar suas decisões (FORTES, 1998, p.59).

Da mesma forma, MENEZES (200-?) afirma que o paciente tem todo o direito de saber “de seu diagnóstico, do prognóstico, de suas chances de sobrevida, de tudo o que se relaciona à sua enfermidade” (p.173).

Muitas vezes a informação sobre diagnóstico e prognóstico não é dada ao paciente com a justificativa de proteção ao paciente, ou para que ele não sofra com o diagnóstico (GULINELLI et al, 2004).

O risco informado deve ser aquele previsível segundo a experiência do profissional e os dados estatísticos, sendo que o paciente deve ser capaz de compreender a natureza, magnitude, probabilidade e iminência de sua ocorrência. Os riscos excepcionais ou raros não precisam ser informados (FORTES, 1998).

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) mostram que o entendimento do paciente não precisa ser completo, mas deve haver uma compreensão substancial dos fatos centrais para entender o caso, tendo adquirido as informações pertinentes e justificado suas crenças relevantes sobre a natureza e as conseqüências de sua ação. Neste sentido, alguns fatos não são importantes para o entendimento, enquanto outros são essenciais e podem invalidá-lo.

MENEZES (200-?) esclarece que é de fundamental importância a forma como a informação é dada ao paciente, sendo necessário que o médico se ponha na situação do paciente para compreender bem o significado do que está dizendo. No caso de uma doença grave, o autor sugere que nem deve ser dito algo que leve o paciente ao desespero, nem que gere uma falsa esperança. A melhor solução é caminho do meio, pelo comedimento e uso ponderado dos termos.

SANCHES (2004) enfatiza a importância da verdade no conteúdo do discurso médico ao dizer que “o conteúdo informacional e ideológico deve ser condizente com a postura do indivíduo, pois, como afirma Bourdieu (1998), o homem de palavra não empenha palavras: empenha sua pessoa” (p.27).

FORTES (1998) explica que a “privacidade é um princípio derivado da autonomia, e engloba a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. A garantia da privacidade de uma pessoa requer a observação da confidencialidade de suas informações” (p.73). Isto significa que o médico e a instituição de saúde devem estabelecer condições para que o paciente, de forma autônoma, possa escolher quais informações quer guardar apenas para si e quais deseja dividir com outros, sejam estes outros os familiares, amigos ou a própria

sociedade. Cabe ainda ao paciente decidir quando, onde e em que condições estas informações serão ou não reveladas.

FORTES (1998) lembra ainda que o segredo do médico tem origem no pensamento hipocrático. Por segredo médico entendem-se todas as informações a que, pelo contato com o paciente, o profissional tem acesso no exercício de suas atividades. Estas informações são as “transmitidas pelos pacientes ou responsáveis, obtidas através da anamnese, exame físico, dos cuidados ao paciente, ou provenientes das observações de outros profissionais, dos resultados de exames laboratoriais ou radiológicos” (p.74). Este autor complementa ainda que a privacidade de um paciente só pode ser sacrificada quando existe conflito de interesse e em benefício claro do direito de outra pessoa ou da coletividade.

Dentro dos desdobramentos do estudo da autonomia, os quais não são foco de aprofundamento ou discussão desta Tese, encontramos a possibilidade da tomada prévia de decisões, antes da ocorrência de situações que limitam a capacidade ou competência do paciente para decidir. Esta decisão pode ser relativa a um procedimento ou à autorização de quem deve decidir por ele. Um exemplo dado por CLOTET (1993) é a lei sobre a autodeterminação do paciente, The Patient Self-Determination Act (PSDA), aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos e vigente desde 1991. Esta lei prevê três condições para a ocorrência desta autodeterminação antecipada:

- “a) a manifestação explícita da própria vontade (MEPV – living will);
- b) o poder permanente do responsável legal ou curador para o cuidado da saúde (PRCS – durable power of attorney for health care). É importante observar que attorney não se refere aqui ao advogado profissional, mas a uma pessoa investida de poder para representar a outra;
- c) a decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico (DACM – advanced care medical directive)” (CLOTET, 1993, p.159).

Uma questão que deve ser entendida quando estamos tratando de autonomia é a existência do paternalismo, algo tradicional no universo médico, como já apontado por COELHO (2002). Paternalismo é aqui conceituado como a atitude do médico de decidir sobre as necessidades de seus pacientes no tocante a tratamentos, informações e consultas. Com a reivindicação dos direitos do paciente, como o direito à autonomia, a existência do paternalismo tornou-se mais polêmica.

CHADWICK (1993) critica a existência do paternalismo médico, afirmando que, “ao invés de uma parceria, a tomada de decisões compartilhada considerando a visão dos pacientes, experiências, desejos, e do entendimento aprofundado de sua doença, tem sido negligenciada.

De fato, o paciente, nesta relação, tem sido tratado como menos de uma pessoa” (p.15 , tradução nossa).

SEGRE; SILVA; SCHRAMM (1998), ao abordar o paternalismo, citam Wulff e colegas que propõem a distinção de três tipos de paternalismo: 1) paternalismo genuíno, que é válido nos casos em que se constate de fato uma ausência ou diminuição significativa da capacidade de autonomia, como com crianças e doentes terminais em coma profundo; 2) paternalismo autorizado, que ocorre com o consentimento explícito ou implícito do paciente; e 3) paternalismo não-autorizado, que é aquele que ocorre sem a existência de qualquer tipo de consentimento.

SEGRE; SILVA; SCHRAMM (1998) concluem que “não é sempre possível distinguir claramente entre as várias formas de paternalismo, devido às expectativas dos pacientes, às limitações de várias ordens dos médicos, às culturas e as crenças em jogo” (p.20).

Para BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) existem três posições principais a respeito do paternalismo. A primeira é o antipaternalismo, ou seja, a inexistência do paternalismo, com predominância da autonomia. A segunda é um paternalismo justificado pela existência de alguma limitação na habilidade da pessoa, também chamado de paternalismo fraco, ou seja, que ocorre quando estamos tratando de uma pessoa dependente e substancialmente não autônoma. E o terceiro é um paternalismo justificado apenas pelo princípio de beneficência, chamado de paternalismo forte, ou seja, ele não depende de uma limitação da capacidade da pessoa, mas de uma recusa a consentir com as ações autônomas do paciente em nome de sua própria proteção, segundo julgamento do médico. Para BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) existem alguns pontos comuns na maior parte dos autores. Alguns atos de paternalismo fraco são aceitos por todos, como evitar que um homem sob a influência de uma droga alucinógena se mate. Já o paternalismo forte é rejeitado pela maioria.

Considerando as classificações dos autores citados, entendemos que o paternalismo não autorizado é um claro desrespeito ao princípio da autonomia, da mesma forma que o paternalismo forte. O paternalismo genuíno, assim como o paternalismo fraco, precisa ser ponderado caso a caso, principalmente se entendermos o papel da família como suporte e responsabilidade junto ao próprio paciente, particularmente quando há qualquer limitação de sua capacidade. Já o paternalismo autorizado nos parece ser o próprio exercício da autonomia por parte do paciente.

Outro importante componente relacionado à atuação Ética do médico e ao princípio da autonomia está relacionado aos aspectos psicológicos e inconscientes do médico e do paciente.

SEGRE; SILVA; SCHRAMM (1998) citam Freud como sendo quem abalou profundamente o entendimento de que a pessoa podia ter total consciência e clareza, particularmente com a descoberta do inconsciente.

Ao abordar a autonomia e sua relação com fatores psicológicos inconscientes, SEGRE; SILVA; SCHRAMM (1998) contrapõem as posições de Kant, para quem a razão pura é a que dirige a lei do homem e a “autonomia deriva de que aquele que obedece à lei obedece apenas a si próprio, ou seja, é livre” (p.19) e de Nietzsche e Freud, que “mostraram que o formalismo destas concepções oculta motivações pouco compatíveis com a pura razão” (p.19).

Embora o inconsciente tenha um papel decisivo na compreensão e na tomada de decisão do ser humano, SEGRE; SILVA; SCHRAMM (1998) entendem que “não contradiz o pressuposto da autonomia o fato de existir um inconsciente, que desconhecemos” (p.16).

Neste mesmo sentido, MUÑOZ e FORTES (1998) esclarecem que não se espera que a autonomia individual seja total, completa, pois isto é um ideal, mas não real.

Este é o nosso entendimento. Embora gerando uma redução na autonomia, os aspectos inconscientes servem mais como direcionadores de nossa atenção e estudo em busca de uma autonomia mais plena do que como seu impeditivo.

A existência e alguns desdobramentos destes fatores serão abordados nesta Tese em um capítulo específico.

3.7. Consentimento do Paciente

FARAH e FERRARO (2000) explicitam de forma clara a importância do consentimento do paciente, apontando-a como uma “condição a ser respeitada, observando-se o princípio da autonomia, onde toda pessoa tem o direito de ser autor de seu próprio destino e de decidir o que deseja e o que não almeja para a sua vida” (P.85).

O Código de Ética Médica brasileiro, no seu artigo 46, diz: É vedado ao médico: Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Mas, para que o paciente possa efetivamente consentir em algo, é necessário que ele tenha, previamente, pleno conhecimento e compreensão de todos os principais aspectos relativos ao procedimento em questão, bem como suas eventuais consequências e riscos.

Para que o consentimento seja completo, o paciente deve tanto obter as informações necessárias quanto ter suas dúvidas e necessidades esclarecidas. FORTES (1998) faz uma distinção entre consentimento informado, aquele em que são fornecidas as informações pertinentes ao paciente, e o consentimento esclarecido, que difere do anterior pelo fato de que, além do fornecimento das informações, há uma preocupação com a compreensão e os esclarecimentos sobre elas, podendo significar o esclarecimento de dúvidas e necessidades individuais, como a adaptação das informações às circunstâncias culturais e psicológicas do paciente.

Para FORTES (1998), o consentimento deve ocorrer de forma livre, esclarecida, renovável e revogável. Isto significa que não deve haver qualquer tipo de coação ou limitação, seja física, emocional ou mental, seja interna, devido a distúrbios psicológicos, ou externa, por pressão de familiares, amigos e do próprio médico. O consentimento deve ser livre de qualquer coisa que impeça a livre manifestação da vontade pessoal.

O autor aponta que o profissional pode exercer uma ação persuasiva, com a tentativa de convencer por meio de apelos à razão, deixando claro quais são as suas intenções, “mas não a coação ou a manipulação de fatos ou dados” (FORTES, 1998, p.51).

Para MUÑOZ e FORTES (1998), uma “pessoa autônoma também tem o direito de ‘não ser informada’. Ser informado é um direito e não uma obrigação para o paciente. Ele tem o direito de recusar ser informado” (p.67) ou de querer que esta informação seja dada a um terceiro. Para que isto ocorra de forma adequada, os autores esclarecem que o médico deve informar ao paciente que ele tem o direito moral e legal de tomar decisões sobre seu próprio tratamento, compreendendo que o médico não pode iniciar um procedimento sem sua autorização, exceto nos casos de iminente perigo de vida, e que o paciente tem o direito de consentir ou de recusar qualquer procedimento.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) expressam que o consentimento informado tem como objetivo possibilitar e proteger a escolha individual autônoma. Os autores completam o argumento mostrando que “a literatura legal, regulamentária, filosófica, médica e psicológica tendem a favorecer como os componentes analíticos do consentimento informado os seguintes elementos: (1) Competência; (2) Revelação; (3) Entendimento; (4) Voluntariedade, e (5) Consentimento” (p.165).

Ou seja, uma pessoa dá um consentimento informado para um tratamento ou intervenção quando ela é capaz de decidir e agir, receber uma exposição completa, entender a exposição, agir voluntariamente e consentir na intervenção.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) discutem que não se pode ter a revelação como o principal item no consentimento informado, ainda que em muitos casos a revelação tenha que ser feita para que se alcance o entendimento adequado. O principal objetivo do consentimento informado, segundo os autores, está em garantir a autonomia, ao invés de determinar a obrigação de revelar. Nós entendemos que não há como separar a revelação do processo de consentimento, já sua falta limita e altera o próprio consentimento. A questão sobre o que e quanto revelar depende de análise de cada caso, particularmente das informações que podem alterar uma decisão, ou seja, da manifestação da vontade.

Os autores sugerem sete elementos, divididos em três grupos, que contêm as noções básicas da decisão informada:

I. Elementos iniciais ou precondições para a decisão informada

1. Capacidade de entender e decidir
2. Voluntariedade ao decidir

II. Elementos de informação

3. Revelação da informação material
4. Recomendações de um plano de tratamento
5. Entendimento da revelação e recomendações

III. Elementos do consentimento ou recusa

6. Decisão a favor ou contra um plano
7. Autorização ou negação do plano escolhido

Entendemos que os elementos acima apontados permitem que o consentimento seja completo, sem vício. Cabe aos médicos estruturar sua forma de atendimento e comunicação com o paciente para permitir que cada um destes momentos ocorra de forma plena.

Mas, além de ser um direito do paciente, será que ele deseja realmente ser informado e decidir sobre sua saúde?

GULINELLI et al (2004) conduziram um estudo com o objetivo de investigar o desejo de um paciente que utiliza um serviço universitário de atenção à saúde, quando há um diagnóstico de doença grave, quanto a ser informado, a participar de decisões terapêuticas, e a que seus familiares também sejam informados. Das 363 pessoas entrevistadas, 96,1% dos homens e 92,6% das mulheres demonstraram o desejo de serem informados pelo médico no caso de um diagnóstico de câncer. O percentual que desejava que sua família fosse informada sobre um diagnóstico de câncer também foi bastante alto, respectivamente 87,7% dos homens e 84,2% das mulheres.

Em relação à informação terapêutica, ou seja, de saber qual seria o tratamento a ser realizado, a maioria da amostra (82,2%) desejou ser informada. No entanto, uma porcentagem menor demonstrou desejo de participar da decisão terapêutica (50,8%).

Outro aspecto interessante da pesquisa acima citada foi a possibilidade de determinar que homens maiores de 60 anos têm um desejo menor de participar da terapêutica. Os autores do estudo também relatam que questionários aplicados nos Estados Unidos constataram que “os pacientes jovens querem saber mais sobre diagnóstico e terapêutica e participar mais na terapêutica do que os pacientes idosos” (GULINELLI et al, 2004, p.45).

Estes resultados também foram encontrados em uma pesquisa realizada por SULLIVAN; MENAPACE; WHITE (2001) em um hospital de médio porte no estado de New York, nos Estados Unidos, em que três tipos de questionários foram construídos e aplicados a médicos, enfermeiras e pacientes. Os resultados mostraram que os pacientes com renda maior que a média, que tinham educação em nível superior (college education) e idade inferior a 60 anos eram os que mais desejavam informação sobre o seu diagnóstico e afirmavam que o médico deveria fornecê-la. Os pesquisadores afirmam que médicos e enfermeiras subestimam o número de pacientes que querem informação detalhada sobre seu diagnóstico e opção de tratamento, apontando que somente 42% dos médicos entrevistados afirmaram que os seus pacientes querem uma descrição detalhada dos seus diagnósticos e opções de tratamentos.

Os resultados destas pesquisas servem como um importante indicador da necessidade dos médicos se conscientizarem da importância de criarem condições para o exercício da autonomia pelos seus pacientes, incluindo o fornecimento de informações detalhadas sobre o diagnóstico e prognóstico.

GULINELLI et al (2004) citam, como prováveis motivos para o fato de não se informar o diagnóstico ao paciente: deficiências na relação médico-paciente; inabilidade do médico no processo de comunicação; e a falta de hábito dos pacientes em receber informações do médico, o que gera uma aceitação, pelo menos em parte dos pacientes, das decisões médicas sem questionamento.

GULINELLI et al (2004) apresentam outro interessante dado, advindo de um estudo junto a 98 pacientes, em que foi verificado que dois terços dos entrevistados possuíam perguntas que não foram feitas ao seu médico, pois achavam que havia tempo insuficiente e, portanto, ficaram relutantes em perguntar.

Se um paciente tem uma pergunta sobre seu diagnóstico ou prognóstico e deixa de fazê-la, esta falta de esclarecimento pode ter várias implicações, como na sua adesão ao tratamento, no surgimento de dúvidas e medos que atrapalham o processo de restabelecimento, na não

observância de cuidados necessários, entre outras. Somente uma relação médico-paciente estruturada para ouvir e falar pode fornecer a atenção necessária para ajudar ao paciente a se restabelecer da melhor e mais rápida forma.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) ressaltam a existência de diversos tipos de consentimentos, como o tácito, que é expresso passivamente por omissão, o implícito ou subentendido, que é o inferido das ações, e o presumido, que é o realizado com base no que sabemos sobre determinada pessoa. Embora estes tipos de consentimentos efetivamente possam existir, a dependência de uma inferência pode levar a erro em sua interpretação e verificação. Desta forma, o consentimento informado e expresso seria o mais completo e válido na área de saúde.

Em relação à forma de fornecer as informações ao paciente, FORTES (1994) opina que a “noção do conhecimento esclarecido desaprova e tece críticas a que se ministrem informações exclusivamente ou prioritariamente por escrito. A padronização das informações contradiz a busca por padrão subjetivo e geralmente visa somente o cumprimento de ritual legal” (p.130). Este autor afirma que as muitas dificuldades existentes para se assegurar: “a transmissão dos conhecimentos técnicos às pessoas leigas ou mesmo a profissionais de saúde que estejam na condição de pacientes, levam a que autores, como Weiss, se expressem sobre a impossibilidade da existência de um consentimento totalmente esclarecido” (p.130)

Nossa visão é a de que, embora o uso exclusivo de um termo de consentimento que forneça informações por escrito seja insuficiente para garantir um consentimento totalmente esclarecido – pois é necessária uma abordagem subjetiva ao paciente que garanta as informações e esclarecimentos para que ele tenha uma atuação autônoma -, o seu uso é uma forma sugerida de ajudar a prática médica a possibilitar a informação e os esclarecimentos necessários ao consentimento. Entendemos que a informação específica e os esclarecimentos necessários devem fazer parte do processo do uso deste termo junto aos pacientes.

Obviamente este termo deve conter uma linguagem clara e leiga, aqui entendida como o uso de termos que qualquer pessoa que teve uma alfabetização básica seja capaz de entender com facilidade. O uso de desenhos e ilustrações também facilita a compreensão pelo paciente.

As vantagens do termo por escrito estão, a nosso ver, relacionadas principalmente com: 1) seu processo de elaboração, já que o termo pode ser pensado previamente, obtendo-se a opinião de diversas pessoas e tornando-o mais completo; 2) sua formatação parcial do processo de fornecimento das informações, evitando que alguma informação importante seja esquecida no momento do encontro entre o médico e o paciente; 3) sua forma física, que permite uma segunda ou mais leituras, no momento e após o encontro com o médico; e 4) sua possibilidade

de assinatura, evitando ou diminuindo as interferências na clareza da manifestação da vontade e, como consequência, trazendo um maior comprometimento do paciente com aquilo que será realizado.

Embora reconheçamos que pode haver uma distorção no uso destes termos, com propósitos puramente legais – buscando-se evitar futuras demandas judiciais baseadas na falta do consentimento, o seu uso pode ajudar efetivamente na relação médico-paciente, particularmente quando é complementado com uma abordagem direcionada às características e necessidades específicas do paciente em questão. Para que isto seja previsto no seu corpo, o próprio termo pode conter um espaço a ser preenchido com a situação, dúvidas e esclarecimentos particulares a cada paciente.

Outro importante elemento do consentimento é sua temporalidade, ou seja, ele é feito dentro de determinada situação. Qualquer mudança significativa no estado de saúde e situação do paciente, ou da causa pela qual o consentimento foi dado, ele deve ser renovado (FORTES, 1994; BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Além disto, como esclarece FORTES (1994), e independentemente de qualquer mudança, o consentimento pode ser retirado a qualquer momento

RONCORONI (2000) afirma que o médico que atende a convênios não tem condições de estabelecer uma relação adequada com o paciente nos escassos 10 a 15 minutos de duração de uma consulta, impossibilitando a aplicação de um consentimento informado. O autor justifica que o médico não pode dedicar mais do que este curto tempo, pois necessita atender a um grande número de pacientes, devido à baixa remuneração proveniente dos sistemas pagadores de saúde.

Embora reconheçamos que a baixa remuneração tenha um impacto redutor no tempo permitido para a consulta, caso contrário se inviabiliza financeiramente a prática médica, entendemos que este limitador deve direcionar a atuação do médico, adaptando-a à realidade, sem que isto signifique uma atuação não ética. Assim, discordamos de que este fato seja suficiente para justificar a não-obtenção do consentimento, ou seja, a existência de uma falta ética de sua ação. Acrescentamos ainda que o médico pode e deve atuar de todas as formas para assegurar o respeito e a devida atenção ao paciente. Isto inclui agir de forma a alterar o quadro externo que limita a sua atuação.

Acreditamos que é preciso encontrar formas que unam as limitações apresentadas pelo mercado, como a relação com os sistemas pagadores – usualmente conhecidos como convênios, com uma atuação Ética do profissional. Reconhecemos a dificuldade desta

situação, mas entendemos que, na vida prática, é necessária a composição entre o ideal e o real, sendo esta uma constante na vida de todos.

Não é o foco desta Tese a discussão aprofundada sobre esta questão, já que diversas variáveis precisariam ser abordadas e questões difíceis precisariam ser respondidas, como o custo de uma consulta, a remuneração médica, as etapas necessárias para uma consulta médica, entre outras.

3.8. O Papel do Médico e sua Relação com a Ética

Todo homem deve buscar seu equilíbrio, saúde e felicidade. O médico desempenha um papel fundamental nesta busca, que é o de ajudar o homem a percorrer este caminho. Para ser capaz de desempenhar este papel, o médico deve agir de forma ética.

O médico é normalmente procurado para auxílio no trato com as dores, doenças, males e desequilíbrios que acometem a todos nós. Isto significa que o sofrimento quase sempre já está presente em quem até ele chega. “A profissão do médico carrega em seu bojo o contato do homem com o sofrimento e a finitude da vida” (ZAHER, 1999, p.6).

Para desempenhar este papel, entendemos que o médico precisa ter compaixão, aqui entendida como a qualidade de perceber as diversas dimensões do sofrimento do paciente e ter um sentimento e atitude de ajudar a mudar esta situação. Quanto às dimensões, estamos nos referindo às relacionadas ao plano físico, mental, emocional e social.

SPORTELLI (198-?) contribui para este entendimento ao afirmar que o mais velho valor na saúde é a compaixão. Ela nasceu com o entendimento de que há terror na dor, no desconhecimento da doença e na própria morte.

Permanece a indagação sobre a real importância do médico nesta busca do não sofrimento e da felicidade. BERLINGUER (1996) esclarece que os médicos, em suas ações, geram consequências diretas, deliberadas e profundas sobre aspectos fundamentais da vida humana.

Podemos dizer que o médico tem como um dos seus objetivos ou papéis o de ajudar o paciente a manter e a restabelecer sua saúde. Como já definimos, a saúde é “um estado de relativo equilíbrio da forma e da função do organismo, resultante de seu sucesso em ajustar-se às forças que tendem a perturbá-lo” (ZAHER, 1995, p.8). Um entendimento mais direcionado à responsabilidade que cada um tem é que “a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter os meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (DEJOURS, 1982 apud ZAHER, 1995, p.9). Em outras palavras, o papel do médico é o de ajudar ao paciente a encontrar este caminho, sendo clara a sua enorme contribuição e importância, neste sentido.

A vida e a saúde são bens confiados à própria pessoa, sendo ela a responsável por deles cuidar, protegendo a própria vida e promovendo a sua saúde. O médico tem como responsabilidade ajudar a manter a saúde, prevenindo e tratando a doença, e ajudando na reabilitação das forças e capacidades da pessoa (SGRECCIA, 1996).

ARISTÓTELES estabelece que toda atividade humana tem um fim, ou seja, tem um objetivo a ser alcançado. Com a Medicina não é diferente. Ele cita que “... el fin de la medicina es la salud” (ARISTÓTELES, *Ética Nicomáquea*, Libro I, 1094a). Se o fim da medicina é a saúde, e a saúde é, conforme conceituamos, o equilíbrio físico, mental, emocional e social, o fim da atividade do médico é definitivamente o de ajudar ao seu paciente no restabelecimento do equilíbrio nestas dimensões.

Para encontrar a dimensão que precisa ser re-equilibrada, concordamos com DANTAS e TEIXEIRA (1997) quando sugerem que a pergunta: por que o(a) doente ficou doente? seja uma constante no pensamento do médico, para que ele esteja sempre focado em desvendar a origem de problema.

SGRECCIA (1996) esclarece que existem muitas doenças que derivam de escolhas Éticas errôneas, como a droga, o alcoolismo, a violência, entre outras. Aponta também que:

... a saúde é administrada com responsabilidade e equilíbrio pela pessoa como um bem da própria pessoa. E, mesmo onde a doença tem uma origem independente do ethos pessoal e de suas responsabilidades, a prevenção, a terapia, a reabilitação supõem a vontade e a liberdade do sujeito, bem como a responsabilidade da comunidade; e quando se fala de responsabilidade supõe-se a dimensão Ética (SGRECCIA, 1996, p.131).

Se a responsabilidade sobre a saúde é, antes de tudo, do próprio paciente, ajudá-lo a compreender este aspecto configura-se uma das responsabilidades do médico.

Concordamos com ARISTÓTELES, que já dizia que “não se estuda Ética para saber o que é a virtude, mas para aprender a tornar-se virtuoso e bom; de outra maneira, seria um estudo completamente inútil” (ARRUDA; WHITAKER; RAMOS, 2001, p.43). Isto significa que o médico precisa estar constantemente estudando e refletindo sobre a Ética, tendo-a como uma de suas prioridades e buscando formas de aplicá-la. Este é um importante caminho rumo a um agir efetivamente comprometido com o melhor para o paciente.

A relação entre a atuação do médico e o caminho rumo à felicidade é extremamente estreita.

ASSAD (200-?) esclarece que os médicos têm compromissos que transcendem à saúde e “que mergulham nuclearmente no terreno pantanoso da felicidade do cidadão” (p.81). O autor complementa que, “mais do que nunca, a relação médico-paciente continuará sendo o pilar

fundamental desta ciência humanística, cujo único alvo deve ser o homem, sua saúde, seu bem-estar e sua felicidade” (p.82).

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) esclarecem que o fato de uma pessoa ser autônoma não é a mesma coisa que ser respeitada como um Ser autônomo. Respeitar, segundo os autores, significa:

... no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a ação respeitosa, e não meramente uma atitude respeitosa. Ele exige também mais que obrigações de não-intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia. Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.142).

A influência do médico sobre o paciente tem uma grande carga emocional ou psicológica. CESARINO (200-?) esclarece que “todos os que militam no campo da saúde mental (e da saúde em geral) sabem que estão exercendo algum tipo de influência psicológica sobre seus pacientes durante a relação terapêutica” (p.154).

Já apontamos que o médico é responsável por ajudar o paciente a perceber a responsabilidade de sua condição, seja de saúde ou doença. Neste sentido, CESARINO (200-?), abordando a atuação do médico que atua com a psicanálise, mas citando que isto também diz respeito aos médicos em geral, esclarece que, “entre muitas posturas eticamente importantes do profissional, uma que deve ser sempre lembrada é a de tentar se colocar a serviço do paciente no sentido de ajudá-lo a saber mais sobre si próprio para poder se situar como responsável real por suas decisões” (p.157).

Este é um aspecto que consideramos fundamental no papel do médico, ou seja, o de ajudar ao paciente no entendimento de que ele é o principal, e muitas vezes o único, responsável por suas decisões, o que equivale dizer que ele é o principal responsável por sua saúde. Em termos de atitudes esperadas do médico, específicas de sua responsabilidade, entendemos que, entre outras possíveis, este profissional deve informar e esclarecer ao paciente sobre sua responsabilidade quanto a: 1) ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença; 2) decidir

qual o tratamento para aquela doença; e 3) seguir as recomendações médicas para o tratamento da doença.

Existem algumas situações que podem se configurar como exceções de parte desta responsabilidade, pelo menos diretamente, como no caso de acidentes causados por terceiros (um acidente de carro, por exemplo, que gera danos físicos à pessoa). No entanto, se a pessoa tem capacidade para decidir, ela continua responsável, parcial ou totalmente, por sua saúde. Isto pode ser demonstrado, por exemplo, por seu empenho e adesão ao tratamento.

Mesmo que o paciente tenha algum tipo de incapacitação para decidir, entendemos que é papel do médico ajudar sua família a entender e assumir, parcial ou totalmente, esta responsabilidade.

GULINELLI et al (2004) esclarecem que a família do paciente representa um importante fator na relação médico-paciente, devendo receber atenção por parte do profissional. DANTAS e TEIXEIRA (1997) também atribuem importância à relação do médico com os familiares, sobretudo para conhecer melhor o paciente. Acrescentam que esta interação chega a ser indispensável em algumas especialidades, como pediatria, geriatria, psiquiatria e medicina de urgência.

Ao falarmos sobre o papel do médico, temos que ter em mente o fato de que a quase totalidade dos pacientes possui uma baixa capacidade de controle e avaliação dos aspectos técnicos da atenção médica. Isto significa que o paciente é um leigo, e como leigo não tem o conhecimento prévio para uma análise técnica do que está sendo proposto ou de como está sendo feito. Desta forma, entendemos que o médico precise encontrar uma forma equilibrada de passar o conhecimento necessário para a tomada de decisão do paciente.

Para que o papel do médico seja desempenhado de forma efetiva, a humildade nos parece um ingrediente fundamental. Podemos fornecer, para a atuação do médico, a mesma sugestão que DIAS (200-?) apresentou para a Justiça, mostrando que ela “precisa libertar-se da arrogância e da vaidade, para se conformar, cada vez mais, à Ética, sem cuja observância o direito se converte em diabólica negação e passa a ser instrumento de arbítrio e tirania” (p.40) .A atuação do médico está repleta de avaliações e tomadas de decisões sobre a saúde do paciente e a humildade é certamente um dos primeiros passos rumo à Ética.

Como já apontamos, um importante fator para o comportamento ético de um indivíduo é a sua vontade ou intenção. A vontade ou intenção ocorre a partir da busca de satisfação de uma ou mais necessidades. O ser humano possui diversos tipos de necessidades. No conceito de saúde encontramos necessidades físicas, mentais, emocionais e espirituais. Não é foco desta Tese um aprofundamento sobre as necessidades humanas, que é objeto de várias áreas, como

a Psicologia. É suficiente para este trabalho apenas apontar, como veremos no capítulo sobre aspectos psicológicos, que estas necessidades podem ser conscientes ou inconscientes.

Neste sentido, parece-nos fundamental, como consideram ARRUDA; WHITAKER; RAMOS (2001), que haja uma busca, por parte do homem, e mais especificamente, por parte do médico, do conhecimento exato sobre as suas escolhas. Existem diversos bens que podem ser usados para a satisfação de necessidades, como dinheiro, poder, beleza, fama, entre outros. A consciência dos reais motivadores permite que um ser humano seja senhor de si mesmo, unindo os fatores objetivos e subjetivos de sua escolha e gerando a boa vontade, que é aquela dirigida para o bem, pela virtude, para o amor, para a felicidade própria e dos outros.

Entendemos vontade pessoal como a capacidade de direcionar os nossos esforços a um determinado fim. Quanto maior for a compreensão e a consciência deste determinado fim, que no caso do médico é ajudar ao paciente na busca de sua saúde e felicidade, maior será o ânimo, o empenho, a firmeza e a disposição de espírito para sua existência.

Não queremos com isto dizer que o médico deve resolver todos os problemas do paciente, sendo também preparador físico, psicólogo, professor, entre outras funções e papéis que contribuem para as dimensões da saúde. Entendemos que o médico, além de incorporar alguns conhecimentos e habilidades destes papéis, pois estão intrinsecamente relacionados à sua atividade, deve estar atento e comprometido com a saúde de seu paciente, para encaminhá-lo corretamente para outros profissionais quando sua necessidade extrapolar sua capacidade ou área de atuação. Afinal, nós só podemos oferecer o que temos.

Na definição de saúde utilizada nesta Tese, queremos incluir a dimensão espiritual do paciente. Sobre esta dimensão, ALMEIDA et al (2000) esclarecem que “as dimensões espirituais e religiosas da cultura estão entre os fatores mais importantes que estruturam a experiência humana, as crenças, os valores, o comportamento e os padrões de adoecimento” (p.1).

Os autores apontam que existem visões negativas por parte dos médicos em geral, mas que estas visões não encontram ressonância nos recentes estudos que associam os fatores religiosos e espirituais mais a medidas de bem-estar psicológico do que a controles ou evidências de psicopatologia. Sugerem que, para o médico estudar “cientificamente essas questões, não é necessário tomar qualquer decisão sobre sua realidade objetiva. Elas podem ser pesquisadas em suas correlações clínicas com qualquer outro conjunto de dados” (ALMEIDA et al, 2000, p.1).

A religião, de acordo com KOENING; LARSON; LARSON (2001), quando levada a extremos, pode prejudicar a saúde física e mental do paciente. No entanto, fora estas exceções, a religião certamente ajuda o paciente na busca do seu re-equilíbrio físico e mental. Os autores mostram também que, em situações de doença grave, a religião constitui um importante suporte ao paciente, e concluem que:

Quando as pessoas se tornam fisicamente doentes, elas se aparam em fortes crenças e práticas religiosas para aliviar o stress, adquirir um senso de controle, e manter a esperança e seu senso de significado e propósito de vida. O envolvimento religioso permite que o doente, principalmente aqueles com doenças sérias, lide melhor com a doença e amadureça psicologicamente através da sua experiência negativa, ao invés de ser derrotado ou superado por ela (KOENING; LARSON; LARSON, 2001, p.1, tradução do autor) .

lidade também está diretamente interligada com o sentido da vida, aspecto importante para o equilíbrio do paciente e que será abordado no capítulo cinco.

Mesmo não constituindo foco desta Tese um aprofundamento nesta dimensão, entendemos que ela faz parte do mundo chamado Ser humano e que o médico deve estar atento para este fator como elemento importante de equilíbrio ou desequilíbrio do seu paciente.

Capítulo 4 - Responsabilidade

Este poderia ser um item dentro do capítulo sobre Ética, já que não temos como foco um aprofundamento deste tema, particularmente em sua abordagem filosófica. No entanto, duas razões fundamentam nossa proposição de focá-lo em separado: a primeira é nosso entendimento de que a responsabilidade é o principal alicerce para a ação ética. Quem compreende a sua real e profunda responsabilidade é capaz de compreender o que precisa ser feito, com a convicção necessária para o correto agir, para a reta razão. O segundo motivo é o de estabelecer uma ponte entre responsabilidade e o que tem acontecido dentro da realidade médica no âmbito legal, especificamente em relação ao significado e ao impacto da responsabilidade civil na atuação do médico.

4.1. A Responsabilidade do Médico

A compreensão da responsabilidade é um importante indicador e facilitador da ética. VÁSQUEZ (2000) afirma que: “um dos índices fundamentais do progresso moral é a elevação da responsabilidade dos indivíduos ou dos grupos sociais no seu comportamento moral” (p.109).

CHADWICK (1993) esclarece que o termo responsabilidade é comumente utilizado com diversos significados. Responsabilidade é consequência da função que alguém tem ou adota. O médico, por exemplo, tem responsabilidade perante o paciente. Neste sentido, responsabilidade é sinônimo de obrigação. Quando alguém decide tornar-se um médico, está optando por assumir as responsabilidades que esta função traz consigo.

Outro uso do termo responsabilidade indica uma relação casual com um evento particular ou com sua consequência. O médico é responsável pelo atraso na consulta. Isto significa que ele foi a causa deste atraso.

Por último, temos responsabilidade como um indicativo de culpa, sendo uma avaliação de responsabilidade em um dos dois primeiros significados mostrados acima. “Qualquer um que falhar em satisfazer uma obrigação ou responsabilidade associada com alguma função deve ser considerado responsável; similarmente alguém que é casualmente responsável por uma consequência adversa deve ser sujeitado a culpa e punição” (CHADWICK, 1993, p.88, tradução nossa).

A compreensão de responsabilidade inclui características como prestação de contas, obrigação, racionalidade e ausência de negligência. A determinação de alguém como prestador de contas inclui algumas características como: entendimento da conduta ou ação requerida em situações particulares; habilidade e autonomia para fazer julgamentos sobre as ações ou decisões alternativas; e a capacidade para dar razões porque escolheu agir de um determinado modo. Sem estas características é difícil descrever uma pessoa como sendo responsável (CHADWICK, 1993).

Podemos perceber que a responsabilidade, neste entendimento, tem como pressuposto a liberdade do agente para fazer julgamentos, bem como conhecimento e entendimento para escolher.

WEINER (1995), apud RODRIGUES e ASSMAR (2003), ao tratar do julgamento de responsabilidade de uma pessoa por um determinado comportamento:

... pressupõe que a atribuição do comportamento a causas internas ou externas é de importância fundamental. Se o comportamento é atribuído a uma causa interna, é necessário verificar se esta causa é controlável ou não. Responsabilidade não é imputada ao agente de um comportamento quando sua causa é externa ou incontrolável. Mesmo quando o comportamento é percebido como interno e controlável, circunstâncias atenuantes podem existir, o que eximirá o perpetrador da responsabilidade pelo ato, ou a diminuirá significativamente. Se não existem circunstâncias atenuantes e a causa do comportamento é interna e controlável, seu ator é considerado responsável pelo mesmo (RODRIGUES e ASSMAR, 2003, p.3).

VÁSQUEZ (2000), ao analisar a responsabilidade de um indivíduo por seus atos, esclarece que duas condições devem estar presentes: 1) que a pessoa tenha consciência das circunstâncias e conseqüências do seu comportamento; e 2) que as razões dos seus atos não estejam em outro agente que não ele mesmo, ou seja, que sua conduta seja livre, não havendo causa exterior contrariando a sua vontade, forçando-o a agir de determinado modo. Em outras palavras, o autor aponta a necessidade do conhecimento ou determinação causal do comportamento humano e da liberdade de vontade para que haja responsabilidade moral. Sobre o conhecimento ou causa do comportamento, o autor coloca mais uma ressalva. A ignorância só pode ser alegada quando “o indivíduo em questão não for responsável pela sua ignorância; ou seja, quando se encontra na impossibilidade subjetiva (por motivos pessoais)

ou objetiva (por motivos históricos e sociais) de ser consciente do seu ato pessoal” (p.113). Reconhece ainda a possibilidade de existir coação interna muito forte, que anule a vontade do agente e o impeça de uma opção, mas entende que isto ocorre apenas em casos extremos, como no caso de um cleptomaniaco.

O autor afirma também que a relação entre a necessidade e a liberdade de vontade é fundamental para se resolver a questão da responsabilidade. Não se trata de imaginar uma situação sem qualquer tipo de coação, interna ou externa, mas analisar a necessidade ou determinação do próprio comportamento VÁSQUEZ (2000) discute, por exemplo, que é imoral julgar um ato que obedece, segundo ele, a forças inconscientes irresistíveis.

SGRECCIA (1996) aponta que a responsabilidade “comporta o conceito de ‘avaliação’ (rem ponderare) dos bens em questão, diante de uma escolha livre e comporta também a exigência de ‘dever responder’ (respondere) perante a consciência” (p.143).

São muitos os autores (CHADWICK, 1993; VÁSQUEZ, 2000; WEINER, 1995; RODRIGUES e ASSMAR, 2003) que associam a responsabilidade com a liberdade e estabelecem que fatores externos e internos podem limitar ou excluir a liberdade e, conseqüentemente, a responsabilidade.

Temos uma posição ligeiramente diferente destes autores. Inicialmente vamos separar os fatores que geram liberdade e responsabilidade. Sobre os fatores ou coação externos que afetam o ser humano, preferimos não nos aprofundar em sua análise; embora entendamos que a influência destes fatores externos não gere uma liberdade de escolha, acreditamos que estes fatores possam ser consequência de decisões com liberdade tomadas no passado e que geraram, direta ou indiretamente, o momento presente. A análise só pode ser feita caso a caso.

Quanto aos fatores internos, como discutido no capítulo sobre fatores psicológicos, entendemos que todo indivíduo é responsável por seus atos, mesmo os motivados por aspectos inconscientes, embora estes aspectos efetivamente possam limitar ou comprometer a liberdade. A mesma lógica apontada anteriormente é usada, só que agora com maior intensidade. Como só a própria pessoa é capaz de investigar e trazer à sua consciência os fatores inconscientes, a partir de uma decisão que envolve coragem e dedicação, só ela pode ser considerada responsável quando estes fatores gerarem algum tipo de coação interna. Desde que no passado tenha havido uma oportunidade de se aprofundar no conhecimento de si mesmo, a pessoa está irremediavelmente ligada à sua responsabilidade. Com esta nossa visão, só não é responsável aquele que nunca teve esta oportunidade. De acordo com o foco desta Tese, que é a atuação do médico, este dificilmente ele se encontrará nesta situação de

alegada incapacidade durante toda a sua caminhada antes, durante e após a sua educação formal em Medicina.

Ainda, dentro dos significados apresentados para responsabilidade, gostaríamos de diferenciar responsabilidade de culpa. A primeira é quase sempre inevitável, fazendo parte da própria existência humana. Já a segunda vem carregada de um julgamento de valor, sendo uma cobrança por algo feito de forma imperfeita e que, de alguma forma, gera conseqüências a si próprio ou a terceiros. Consideramos esta diferença importante para o uso que queremos dar para responsabilidade. Cada ser humano é realmente o único responsável por tudo o que acontece com ele, especificamente do ponto de vista da forma como isto o afeta. Isto não significa que ele possua o controle de tudo, a cada momento, nem que deva ser culpado por ser responsável. O entendimento deste “profundo grau” de responsabilidade pode trazer uma efetiva mudança de atitude frente a cada pequeno detalhe na vida.

MATIELO (1998) corrobora com esta idéia afirmando que “... ainda que normatização inexistia a regular o caso, o homem é sempre responsável por toda e qualquer conduta que adotar, ao menos em termos morais e de prestação de contas à consciência” (p.11).

Com respeito a assumir a responsabilidade frente a todas as suas ações, percebendo a profundidade da sua responsabilidade em tudo o que acontece, JUNG (1958) menciona:

É com freqüência trágico ver o quão evidentemente um homem estraga a própria vida e a vida de outros e, ainda assim, permanece totalmente incapaz de ver que toda a tragédia tem origem nele mesmo e como ele continuamente a alimenta e a mantém em curso. Não conscientemente, é claro – pois conscientemente ele está engajado em lamentar um mundo perverso que se perde cada vez mais na distância. Antes é um fator inconsciente que tece as ilusões que vela o seu mundo (JUNG, 1958, p. 49, apud TESHENGA, 2000, p.11).

Nossa posição também dá um direcionamento para o próprio entendimento do que vem a ser liberdade. Neste sentido, FRANKL (1989) esclarece que:

a liberdade do homem não é, evidentemente, uma liberdade em relação a condições, quer elas sejam biológicas, psicológicas ou sociológicas; e, sobretudo, não é uma liberdade de algo, mas sim uma liberdade para algo, a saber: a liberdade para uma tomada de posição

perante todas as condições. Assim, o homem também só se revela como verdadeiro homem quando se revela à dimensão da liberdade (FRANKL, 1989, p.4).

Entendemos que o homem deva buscar a liberdade para ser cada vez mais responsável, mas jamais depender dela para assumir a sua responsabilidade frente aos outros e a si mesmo. Este é um passo importante rumo ao desvendar dos fatores psicológicos impeditivos e, por outro lado, é um caminho rumo a uma maior liberdade.

FRANKL (1994b), por exemplo, dá grande importância para a consciência da responsabilidade do paciente, como forma de ajudá-lo no processo de cura, particularmente de neuroses que ele possua. Mesmo privado de parte de sua liberdade, é a responsabilidade que pode resgatá-la. O autor também relaciona a responsabilidade com o sentido da vida. “Nada faz o homem superar tanto, nada é capaz de ativá-lo mais, nada o faz superar tanto as moléstias ou as dificuldades como a consciência da responsabilidade pessoal, a experiência vivida de sua missão especial” (p.46). É nesta força interior para ir além das doenças ou dificuldades que reside a utilidade incomparável da análise do sentido da vida do homem enquanto um ser responsável.

Além de assumir a sua responsabilidade, cabe ao médico ajudar ao seu paciente na compreensão da sua própria responsabilidade. No entanto, muitas vezes o paciente não tem uma visão clara da sua responsabilidade frente ao adoecer e ao recuperar-se. Ignora, por exemplo, que é o responsável pelos seus pensamentos e emoções, e que eles afetam a sua saúde. Neste sentido, ZAHER (1999) mostra que “o indivíduo que procura um médico ainda tem pouca consciência da importância de sua própria participação juntamente com esse profissional para o seu processo de restabelecimento” (p.3).

SGRECCIA (1996), como já apontamos, menciona que muitas doenças derivam de escolhas éticas erradas e que, mesmo que a doença tenha tido como origem uma variável independente da escolha pessoal, outros aspectos relativos à doença dependem de escolhas do paciente, como a prevenção, a terapia ou a reabilitação. Podemos perceber a importância do papel do médico enquanto aquele que expandirá a consciência e o entendimento da responsabilidade do paciente sobre suas escolhas e comportamentos.

O entendimento profundo da responsabilidade se aproxima também do próprio entendimento da ética enquanto forma de condução responsável de todos os nossos atos, com reta razão, com o objetivo de gerar felicidade a todos e a si mesmo.

Ampliando o sentido de responsabilidade pessoal, LAMA (2000) sugere a existência de uma responsabilidade universal, definindo-a como um direcionamento rumo ao bem-estar dos outros, mas explica que, ao abordar esta responsabilidade, não está dizendo que somos diretamente responsáveis pela ocorrência de, por exemplo, guerras e fome em diferentes partes do mundo.

Concordamos que, embora não sejamos diretamente responsáveis, uma visão ética inclui uma responsabilidade maior. Neste sentido, LAMA (2000) esclarece:

A questão não é, portanto, admitir culpa, mas, outra vez, reorientar nossos corações e mentes para os outros. Desenvolver uma noção de responsabilidade universal – da dimensão universal de cada um de nossos atos e do igual direito de todos os outros à felicidade – é desenvolver uma disposição de espírito na qual preferimos aproveitar qualquer oportunidade de beneficiar os outros do que apenas cuidar dos nossos restritos interesses pessoais. E apesar de sermos apenas capazes de nos preocuparmos com o que está fora de nosso alcance, aceitamos isso como parte das limitações da vida e nos concentramos em fazer o que podemos (LAMA, 2000, p.177).

Gostaríamos de salientar dois aspectos que consideramos importantes nesta afirmação, com os quais concordamos integralmente. O primeiro está relacionado com o foco da responsabilidade. Ser responsável é ser ético, é desejar e ajudar na busca da felicidade para si e para os outros. O segundo aspecto é que a responsabilidade universal não significa que uma pessoa deva assumir a responsabilidade de outra, mas se perceber também responsável. É uma responsabilidade compartilhada, em que percebemos e aceitamos as nossas limitações e fazemos o nosso melhor, dentro da realidade, do que está ao nosso alcance.

LAMA (2000) aponta ainda que “uma das grandes vantagens de desenvolver essa noção de responsabilidade universal é nos tornarmos sensíveis a todos os seres – e não só aos que estão mais perto de nós” (p.177).

O entendimento desta responsabilidade universal depende de assumirmos a nossa própria responsabilidade por tudo o que fazemos. Não há como sermos responsáveis pelos outros se ainda nos esquivamos da responsabilidade para com nós mesmos. Assumir a responsabilidade também significa perceber que o outro nos afeta e é afetado por nós, direta ou indiretamente. É perceber a interação existente entre todos. Esta percepção pode levar a uma forma de ver o mundo que nos permite sair dos nossos interesses únicos, abrindo-nos verdadeiramente para as interações com os outros.

Neste sentido, LIMA (199-) esclarece:

Mas ganhar um novo sentido para o seu mundo, o de universalidade, significa também para a subjetividade pagar um preço por isso. Significa perder a calma de uma liberdade justificada por si mesma, sair do estágio da consciência sem compromisso e entrar no campo da responsabilidade, onde já não se é mais o centro das atenções, nem das aspirações, mas tem-se um compromisso pelo outro que veio de fora. A liberdade bem ordenada começa a descobrir, diante da nudez do Rosto, a injustiça de toda ordem que não se abre ao apelo da fraternidade (LIMA, 199-, p.85).

Existem algumas formas de expansão desta percepção de responsabilidade. BENEDIKT (2001) sugere que o caminho para que o indivíduo se sinta moralmente responsável pelo outro é o poder da imaginação, ou seja, o desenvolvimento da capacidade de uma pessoa se colocar no lugar da outra. Em outras palavras, estamos falando de empatia e de consciência da realidade do outro.

A autora também utiliza a idéia de proximidade com o outro como base para o surgimento da responsabilidade, sendo o próprio berço da ética. Quanto mais próximo do outro, mais percebemos sua situação, sua vulnerabilidade ao que fazemos e, conseqüentemente, nossa responsabilidade. O contrário provoca ausência de responsabilidade, ou seja, de quanto maior distância vimos alguém, menos perceberemos sua situação e o impacto das nossas ações sobre sua realidade. Há inúmeros exemplos de solidariedade que ocorrem em momentos de tragédia, em que as pessoas se unem pelo conhecimento e pela percepção da dor do outro.

WINNICOTT (1990), apud (BENEDIKT (2001), “constrói sua teoria sobre o nascimento da ética humana a partir da relação dual entre a mãe e seu bebê” (p.5). Para o autor, a fonte de nossa capacidade de nos preocuparmos com o outro reside na relação primária entre a mãe e a criança. PEREIRA FILHO (1999) também esclarece que a mãe é quem dá as bases para a ética, pois a confiança e o sentimento de segurança experimentados em relação ao grupo social são heranças da relação com a mãe, fundamento para todo relacionamento ulterior. A base para a ética deve ser uma base de amor.

O estudo dos aspectos psicológicos aponta para a influência da nossa relação com nossas mães como um dos pilares da nossa relação com os outros. Isto significa que a falta nesta relação pode ser um fator de limitação para o desenvolvimento ético da própria pessoa. Entendemos que este aspecto reforça nossa visão de que somos sempre responsáveis por nossos atos, pois somente a própria pessoa pode investigar estes aspectos inconscientes, e somos também responsáveis, mesmo que indiretamente, pelos outros, pois as interações afetam a todos.

Esta responsabilidade para com o outro é a própria responsabilidade para consigo mesmo. Assim, se assumirmos a responsabilidade por nós mesmos e virmos a nossa responsabilidade por tudo o que acontece, inclusive o que afeta aos outros, teremos uma nova atitude frente a cada pessoa, a cada interação. Essa idéia, na relação médico-paciente significa, para o médico, assumir integralmente o seu papel e ajudar o paciente a assumir o seu, sendo, antes de tudo, cada um responsável por si próprio. Se esta responsabilidade for profundamente compreendida, então se torna natural que cada um tenha, no mínimo, uma atitude responsável frente ao outro.

DOSTOIEVSKI, apud BENEDIKT (2001), apresenta uma frase que ilustra bem a profundidade da responsabilidade: “Se Deus não existe, apenas nós, humanos, podemos responsabilizar-nos por nossos semelhantes e dessemelhantes, próximos e distantes, pois, em suma, somos todos responsáveis por todos, por todos os homens perante todos, e eu mais que os outros” (p.8).

4.2. Aspectos Básicos da Responsabilidade do Médico na Lei Brasileira

Não é foco desta tese uma abordagem aprofundada sobre a responsabilidade do ponto de vista legal, particularmente a responsabilidade civil. Entretanto, este tema tem um importante efeito prático na atuação do médico, já que acarreta consequências como processos judiciais e indenização pecuniária. Se, por um lado, entendemos que o agir ético não pode ser dependente de uma premiação ou penalização externa, já que ele deve vir de uma firme convicção interna, também entendemos que conhecer, avaliar e compreender as consequências dos seus atos é uma das etapas do processo de interiorização das convicções e do direcionamento para o melhor para si e para os outros.

A abordagem da responsabilidade civil tem sido baseada na coerção estatal, já que coloca o médico sob julgamento e penalização quando as normas legais não são observadas. Isto dá margem a um comportamento direcionado pelo medo de ser penalizado, com a adoção de medidas defensivas. Acreditamos que o caminho da consciência seja o único que nos permite conhecer e encarar os medos como forma de superá-los, modificando as motivações do agir dentro das normas sociais.

MATIELO (1998) esclarece que uma determinada conduta “somente importará ao Direito se provida de potencial lesivo, ocasião em que desencadeará o mecanismo de recuperação dos males verificados ou o complexo repressivo e pretensamente ressocializador representado pela legislação criminal” (p.12).

PANASCO (1984) menciona que “Ao conceito da responsabilidade médica superpõe-se uma obrigação de fazer, admitindo-se uma reciprocidade entre os contratantes através do

tratamento e do honorário. Nesta espécie contratual o médico se obriga a realizar um tratamento, com diligência, atenção e solicitude” (p.48)

FARAH e FERRARO (2000) esclarecem que “a responsabilidade civil pode ser definida como o dever de reparar o dano causado a outrem, pela prática de um ato ilícito ou inobservância do complexo de normas que norteiam a vida cotidiana” (p.25). Complementam os autores que, para se configurar responsabilidade, “é necessária a coexistência dos seguintes pressupostos: ação ou omissão dolosa ou culposa do sujeito, nexo de causalidade entre a ação ou omissão e o dano causado, e ocorrência de dano sofrido pela vítima” (p.25).

A responsabilidade pode ser vista de diversas formas: 1) quanto à natureza do direito violado, sendo de natureza civil se decorrente da violação de uma norma de direito privado ou de natureza penal, se decorrente da prática de um crime – violação de norma de direito público; 2) quanto à existência ou não de culpa, sendo culpa subjetiva se fundamentada na idéia de culpa do agente, ou culpa objetiva se fundamentada na teoria do risco – para a qual é irrelevante a existência de culpa ou dolo do agente; e 3) quanto à existência ou não de um contrato, sendo contratual se se originou do descumprimento de uma obrigação contratual – contrato por escrito ou não – ou extracontratual se originada da prática de um ato ilícito geral, não derivado especificamente de um contrato.

CASTRO (2002) diferencia a culpa consciente da culpa inconsciente, na responsabilidade civil médica.

A primeira modalidade dá-se quando a pessoa, prevendo o resultado ilícito como um efeito possível da sua conduta, age na convicção leviana, precipitada ou infundada de que não se verificará ou que conseguirá evitá-lo. E, por sua vez, a culpa inconsciente dá-se quando a pessoa, por irreflexão, desleixo, incúria, imperícia ou precipitação, nem sequer chega a conceber a possibilidade de verificação do resultado ilícito, que efetivamente veio a produzir (CASTRO, 2002, p.35).

CASTRO (2002) esclarece que a responsabilidade civil do médico só se apura mediante culpa. Esta está intimamente ligada à imputabilidade moral e pressupõe a inobservância de um dever que o agente tinha a possibilidade de conhecer e acatar. A culpa, como já ressaltamos, se dá pela apreciação de imprudência, negligência e imperícia.

UDELSMANN (2002), abordando as questões de responsabilidade civil, penal e ética do médico menciona que “a prevenção ainda é o melhor remédio para fazer face ao problema; o bom exercício da Medicina e a boa relação médico-paciente ainda são as melhores soluções para minimizar as repercussões de tais ações” (p.172).

UDELSMANN (2002) esclarece ainda que a responsabilidade civil como compensação de um erro cometido “surgiu com a discussão sobre o Direito Natural, este mais antigo do que a própria Medicina, e através do qual se reconhecem direitos inalienáveis do ser humano, como o direito à vida, à felicidade e à liberdade; toda vez que esses direitos fossem ultrajados criava-se o direito a uma reparação” (p.173). No direito moderno, ou seja, nos tempos atuais, a reparação está diretamente relacionada com uma compensação pecuniária.

UDELSMANN (2002) menciona que também no âmbito legal o paciente é o último juiz da sua própria saúde, e exceto em caso de uma emergência, “só ele pode ter a última palavra sobre o interesse ou não de empreender determinado tratamento, sopesando os riscos e benefícios” (p.173). A forma como fica configurado o respeito à autonomia é um dos aspectos analisado pelo Direito, particularmente na forma como o paciente deve ser informado sobre todos os aspectos concernentes ao seu estado de saúde ou doença e na obtenção do seu consentimento para os tratamentos.

Como podemos observar, a responsabilidade civil do médico busca, por meio do sistema legal, julgar e penalizar comportamentos considerados como contrários ao direito da pessoa. Embora a forma legal possa se desviar do seu objetivo, tanto pela maneira como analisa a questão - quem atua no julgar, o conhecimento sobre o tema, os pressupostos considerados, entre outros-, quanto ao formato - as exigências e normas de caráter formal ou processual - que exige para esta análise, o foco maior é que o médico tenha uma atuação ética, tendo o conhecimento e o comportamento necessário, tanto nas questões técnicas quanto no respeito ao ser humano que atende.

Entendemos que o médico deva assumir a sua responsabilidade de forma integral, conhecendo e indo além do âmbito legal, que se constitui de um movimento de fora para dentro, vindo do Estado - por meio da lei e do poder coercitivo - ou das diversas partes da sociedade. A responsabilidade do médico deve, antes de tudo, ser abordada como algo interno, relacionada com uma decisão tomada antes de sua matrícula no curso de Medicina, renovada na conclusão do seu curso e a cada dia, a cada momento em que atua enquanto um profissional. E o papel - e a responsabilidade - do médico é claro: ajudar ao paciente a manter e a restabelecer a sua saúde, além de cuidar de si próprio.

Capítulo 5 - Aspectos psicológicos e o de relacionamento com o paciente que direcionam o comportamento ético do médico

Este capítulo tem como objetivos: 1) mostrar a influência de aspectos psicológicos no comportamento do homem em geral e, conseqüentemente, do médico, sugerindo assim uma busca do entendimento destes aspectos como caminho para o agir de forma ética; 2) analisar a noção de sentido de vida segundo Viktor E. Frankl e enfatizar a importância de que o médico descubra o seu sentido de vida e possa ajudar o paciente a descobrir o seu próprio; e 3) discutir aspectos da relação médico-paciente, apontando fatores importantes que devem direcionar a atenção e o comportamento do médico.

5.1. Aspectos Psicológicos Básicos do Ser Humano

Ao falarmos sobre a ética na atuação do médico, entendemos que precisamos abarcar os conhecimentos que a Psicologia nos revela. VÁSQUEZ (2000) afirma que, por estudar o comportamento humano, a ética se relaciona com outras ciências que, sob diferentes ângulos e formas, estudam as relações e o comportamento dos homens em sociedade. Estas ciências proporcionam dados e conclusões que colaboram para o conhecimento do comportamento humano, contribuindo para o entendimento e desenvolvimento da própria ética. Uma dessas ciências a que o autor atribui grande importância é a psicologia. Usando suas palavras:

a ética não pode prescindir da ajuda da psicologia, entendida não-somente no sentido tradicional de ciência do psíquico consciente, mas também como psicologia profunda, ou dos fatores subconscientes que escapam ao controle da consciência e que não deixam de influenciar o comportamento dos indivíduos (VÁSQUEZ, 2000, p.29)

Citamos ainda o que nos esclarece FORTES (1998): a “ética implica opção individual, escolha ativa, requer adesão íntima da pessoa a valores” (p.26) e o que afirma SEGRE (1999): “Não existe qualquer dúvida, ao menos na minha leitura, que toda postura ética se embasa, de forma subjacente a qualquer racionalidade, em aspectos afetivos (emoções, sentimentos, crenças, paixões)” (p.1).

Assim, a adesão íntima exige um conhecimento mais profundo de si mesmo, de suas emoções e sentimentos, com a tomada de consciência dos seus reais fatores motivadores e intenções. A

psicologia nos ajuda neste sentido, pois se preocupa com a dimensão mental do ser humano, à que pertencem os elementos que influenciam a ética pessoal.

O próprio entendimento de saúde, como já mostrado, traz a noção de que o homem é composto pelas dimensões física, mental e social. Então, faz-se necessário entender o que vem a ser esta dimensão mental.

ESTEVAM (1995) esclarece que os processos psíquicos ou mentais são aqueles que englobam diversos elementos, entre os quais: 1) as sensações que experimentamos por meio dos nossos sentidos; 2) as idéias, juízos e raciocínios que temos; 3) as emoções e os sentimentos que experimentamos, como, por exemplo, quando acontece alguma coisa que nos agrada ou que nos desagradar; 4) as vontades e os desejos; 5) as relações entre idéias, sentimentos, emoções; e 6) a memória, graças à qual conseguimos recordar coisas que estavam esquecidas e que chamamos lembranças.

Entendemos, desta forma, que a dimensão mental são os processos psíquicos ou mentais do paciente. Estes processos possuem aspectos conscientes e inconscientes.

ESTEVAM (1995) explica, conforme a teoria freudiana, os conceitos de consciente, pré-consciente e inconsciente.

Consciente é todo processo psíquico de que tomamos conhecimento num momento. O pré-consciente está constituído, assim, pelos processos psíquicos que momentaneamente desapareceram do campo iluminado pela consciência. Agora, entretanto, é que vem o mais importante: esses processos que se tornaram pré-conscientes podem voltar a ser conscientes outra vez. O pré-consciente está formado pelos processos psíquicos que podemos tornar conscientes espontânea e voluntariamente, sempre que tivermos necessidade. E o inconsciente? Justamente o contrário: são inconscientes os processos psíquicos que não podem ser evocados voluntariamente. Quando algo se torna inconsciente não adianta apenas querer que ele deixe de ser inconsciente para tornar-se consciente (ESTEVAM, 1995, p.14).

ESTEVAM (1995) explica que o inconsciente tem grande influência no comportamento das pessoas e cita os vários hábitos que possuímos e que consideramos triviais ou sem importância como bons exemplos desta influência. Estes hábitos, segundo o autor, são fatos ou situações com importante significado, “pois sempre estão querendo dizer algo sobre nossa vida íntima: eles revelam o que está se passando em nosso inconsciente. Tais fatos são,

portanto, sinais que revelam tendências afetivas que estão ocultas dentro de nós; são efeitos produzidos por causas inconscientes” (p.31).

O autor menciona ainda que o fato exterior é muitas vezes um sinal, um efeito do processo psíquico interior, mas que o indivíduo não tem consciência da relação entre os dois. Para tornar consciente o que está inconsciente, ESTEVAM (1995) sugere técnicas como o hipnotismo, a sugestão ou a psicanálise.

Neste mesmo sentido, VÁSQUEZ (2000) esclarece que:

O pressuposto básico da psicanálise é a afirmação de que existe uma zona de personalidade, da qual o sujeito não tem consciência, e que é precisamente o inconsciente. Nela são atirados e se armazenam recordações, desejos ou impulsos reprimidos que lutam para escapar desse fundo obscuro, burlando a censura exercida pela consciência. Por isto, o inconsciente não é algo passivo e inerte, mas ativo e dinâmico, influenciando poderosamente no comportamento real do sujeito (VÁSQUEZ, 2000, p.289).

JAFFÉ (1995) também esclarece sobre a existência do inconsciente e sua influência sobre o comportamento das pessoas, mais especificamente conforme a teoria de Jung. “O inconsciente coletivo não é acessível à observação direta, mas pode ser investigado de modo indireto através da observação dos conteúdos compreensíveis e conscientes, que oferecem oportunidades para inferências quanto à sua natureza e estrutura” (p.16). Além da existência de um inconsciente pessoal, a teoria de Jung aponta para o inconsciente coletivo, que também afeta o comportamento dos indivíduos.

ZIEMER (1994) esclarece que o inconsciente coletivo é “uma dimensão da psique humana que contém elementos hereditários, distintos do inconsciente pessoal” (ZIEMER, 1994, p.16).

JUNG (1958) menciona que:

A natureza humana é capaz de um mal infinito. ...Hoje, como nunca dantes, é importante que os seres humanos não subestimem o perigo representado pelo mal que espreita dentro deles. Ele é, infelizmente, bastante real, e é por essa razão que a psicologia deve insistir na realidade do mal e deve rejeitar qualquer definição que o considere insignificante ou na verdade inexistente (JUNG, 1958, p. 49, apud TESHENGA, 2000, p.11).

JAFFÉ (1995) comenta que a teoria de Jung atribui crucial importância à consciência e à responsabilidade humana. Entende que o homem possui um mal dentro de si, desconhecido, sendo este mal uma realidade psíquica na vida do indivíduo e da sociedade. Afirma que a confrontação com a própria escuridão é necessária. O mal, assim como o bem, coexistem

dentro do homem. Este mal não pode “nunca ser completamente vencido, embora o homem tenha a chance de contê-lo, tornando-se cômico dele e analisando-o. Quanto mais consciente for de suas predisposições para o mal, mais condições terá de resistir às forças destrutivas dentro de si” (p.95).

Segundo ZIEMER (1994), “em contraposição a Freud, Jung acreditava que o inconsciente humano guardava não aspectos nocivos e desagregadores da psique humana, mas também a matéria-prima que poderia fornecer aos indivíduos a consciência de sua própria natureza” (p.20).

JAFFÉ (1995) esclarece ainda que na sombra vive tudo o que não quer ou não pode se adaptar aos costumes e convenções e afirma que há situações difíceis, em que a pessoa supostamente ética age contra toda razão e vontade, tomando o partido da sombra, advindo de um conflito individual, com todo o sofrimento que traz. Em outras palavras, devido à sombra existente podemos agir de forma não ética. Continua a autora mostrando que nada amplia mais a consciência do que a confrontação com seus próprios conflitos internos.

Sobre a existência de uma verdadeira consciência e ética, a autora comenta que “a conscientização e a ética do homem não são testadas no cumprimento lógico dos preceitos seculares e espirituais coletivamente aceitos, mas no modo como ele se comporta e decide ao se defrontar com os conflitos de dever” (p.97).

Em outras palavras, o homem só age de forma realmente ética por meio da expansão da consciência. E a expansão da consciência envolve conhecer melhor os aspectos do seu inconsciente.

ZIEMER (1994) menciona que “a sombra humana nasce da incapacidade tanto individual quanto coletiva de, principalmente nos primeiros estágios de desenvolvimento, reconhecer e aceitar como parte da identidade aquelas qualidades ou características que a cultura considera negativas ou pejorativas” (p.13).

O autor aponta que, com o passar do tempo, o indivíduo cria uma identidade que se estrutura de forma contrária à sombra, tornando-se um “mecanismo de defesa bastante sutil, porém poderoso que tenta impedir mudanças. Dentro deste contexto, as escolhas e decisões que indivíduos fazem servem geralmente para fortalecer a identidade e evitar qualquer contato ou conscientização tanto da sombra individual quanto organizacional” (p.13).

Compartilhamos com este entendimento, que tem como consequência a dificuldade de percebermos e admitirmos atitudes não aceitas ou consideradas positivas pela sociedade. Em

relação ao médico, vemos que existe um padrão social a ser seguido, baseado nos comportamentos esperados pela sociedade, sendo que qualquer atitude, pensamento ou sentimento contrário a este padrão tende a permanecer escondido da sociedade e do próprio médico. Muitos outros aprofundamentos poderiam ser feitos sobre este assunto, mas especificamente dentro do que pretendemos mostrar nesta Tese, assinalamos que o médico que deseje unir e harmonizar sua ação, as conseqüências da ação e sua intenção de agir em prol de sua felicidade e da saúde e felicidade do seu paciente deve buscar o que está escondido e trazer para seu estado consciente.

VÁSQUEZ (2000) discute que é imoral julgar um ato que obedece, segundo ele, “a forças inconscientes irresistíveis”. Não é foco desta Tese discutir se o ato motivado pelo inconsciente deve ou não ser julgado moral, mas chamar a atenção para a existência e reflexos do inconsciente existente em cada um.

Diferentemente de alguns autores, como VÁSQUEZ (2000), entendemos que todo indivíduo é responsável pelos seus atos, mesmo os motivados por aspectos inconscientes. Estes aspectos inconscientes podem atenuar as conseqüências para o agente do ato quando há algum tipo de julgamento ou penalização, como dentro da esfera judicial. No entanto, entendemos que a responsabilidade continua existindo, mesmo que seja pelo fato de não se dedicar ao desvendar destes fatores. Isto porque somente a própria pessoa é quem pode decidir e se empenhar em trazer à consciência os seus aspectos inconscientes que geraram determinado ato. A discussão e a análise da responsabilidade serão aprofundadas no capítulo a seguir.

Nesse sentido, o médico é responsável por seus atos e deve conscientizar-se dos fatores escondidos no seu inconsciente, para poder ser cada vez mais livre para agir de forma ética.

O autoconhecimento é fundamental e não pode ser deixado de lado por quem quer ser pleno, ser ético. JUNG (1973) esclarece com exatidão esta importância do autoconhecimento ao mencionar que:

O indivíduo que quer ter uma resposta para o problema do mal, tal como ele se apresenta hoje em dia, precisa, acima de tudo, de autoconhecimento; quer dizer, do conhecimento mais absoluto possível da sua própria totalidade. Ele deve conhecer profundamente quanto bem ele pode fazer e que crimes é capaz, e deve ficar alerta para não considerar uma coisa como real e a outra como ilusão. Ambas são elementos dentro da sua natureza e ambas devem vir à luz nele, caso queira – como deveria – viver sem se enganar ou se iludir (JUNG, 1973, p.330, apud TESHENGA, 2000, p.119)

ZAHER (1999) corrobora com a grande importância do médico dedicar-se a um maior conhecimento de suas próprias questões psíquicas, pois afirma que:

caso o médico tenha pouco conhecimento de seus mecanismos psíquicos de trabalho, de possibilidade de sublimação, identificação ou reparação além de seus traços de onipotência e narcisismo fica difícil um encontro real. Não é preciso saber termos técnicos e conceitos racionais, assim como utilizar-se de um referencial teórico na sua análise pessoal. O que é fundamental é um mergulho em seus conflitos, suas dúvidas, seus medos, sua impotência frente aos mistérios do mundo, principalmente a finitude da vida – a grande questão existencial da humanidade. É não trazer para si (profissionalmente) aquilo que não pode arcar psicologicamente (ZAHER, 1999, p.201).

FREUD (1912b) apud ZAHER (1999), na mesma direção, comenta que “o médico que não tomar a precaução de se autoconhecer e ampliar seu autocontrole, atento para a sua personalidade em autoanálise ou com a ajuda de outros, poderá ‘ser punido por não ser capaz de aprender um pouco mais em relação a seus pacientes, mas correrá também perigo mais sério, que pode tornar-se perigo também para os outros’” (p.201).

Existem muitas formas de autoconhecimento, como a reflexão ou a autoanálise, o hipnotismo, a psicanálise, a terapia, a meditação, entre outras. Todas têm como objetivo reforçar a consciência.

Sobre a meditação, GOLEMAN (2003) a aponta também como uma forma de educação mental, ajudando o ser humano a lidar melhor com suas emoções destrutivas.

O conhecimento básico pelo médico dos fatores psicológicos existentes no ser humano, e particularmente na relação médico-paciente, também é fundamental para que ele possa contribuir efetivamente para a saúde do paciente.

Neste sentido, JUNIOR e GUIMARÃES (2003) mencionam três mecanismos importantes, retirados da teoria psicanalítica, que afetam a relação médico-paciente: transferência, contra transferência e resistência.

O mecanismo de transferência é o processo no qual são trazidos para o relacionamento médico-paciente sentimentos e conflitos originários de relacionamentos anteriores. Ao entrar em contato com o médico, o

paciente revive nas profundezas de seu mundo emocional, em nível inconsciente, sentimentos nascidos e vivenciados nestas relações primárias, como se fossem situações novas (JUNIOR e GUIMARÃES, 2003, p.108).

Existem fatores que contribuem para a existência desta transferência. Se o médico se mostrar disponível e atencioso, a associação com o positivo terá maior probabilidade de ocorrer. Se, ao contrário, existirem situações incômodas ao paciente, como um comportamento do médico de pressa, indiferença e má apresentação, a associação com sentimentos negativos guardados no inconsciente será a mais provável.

A transferência pode ter um impacto direto no tratamento, particularmente na transferência negativa, com atitudes do paciente como desconfiança, escassez de informações ou pouca disposição de cooperar.

Entendemos que mesmo a transferência positiva pode não ser conveniente, pois pode haver no paciente uma tendência a atribuir um poder exagerado ao médico, sentindo-se pequeno e à mercê do profissional, o que não condiz com uma relação equilibrada, em que o paciente assume a sua efetiva responsabilidade por sua saúde.

Quando a transferência ocorre do médico para o paciente, ela é chamada de contra transferência. Neste caso, o médico precisa estar atento para os seus conflitos internos, para não interferir negativamente na sua relação com o paciente.

O mecanismo da resistência é a existência de qualquer aspecto inconsciente que atrapalhe a relação médico-paciente. Este mecanismo pode ser observado em diversas situações, como: esquecimentos de horários pelo paciente, uso irregular ou abandono de tratamento, falha na revelação de sintomas ou fatos relacionados à doença, entre outros.

É muito difícil que nas relações interpessoais não ocorram situações de transferência, contra transferência e resistência. Entendemos que a única forma de evitar suas conseqüências negativas é por meio de uma atenção constante e a solução dos conflitos internos. Como entendemos que na relação médico-paciente o médico está em uma situação de servir, com melhores condições e preparo para lidar com estes mecanismos, o profissional tem a responsabilidade de estar atento a eles e evitar que prejudiquem a saúde do paciente, e por que não dizer, a do próprio médico. Concordamos, ainda, com JUNIOR e GUIMARÃES (2003), que aconselham ao médico analisá-los “juntamente com o paciente com objetivo de elaborá-los e superá-los, proporcionando uma evolução consciente para todos os envolvidos” (p.109).

A influência dos fatores inconscientes na atuação do médico pode ser percebida por vieses de análise e julgamento. BANAJI; BAZERMAN; CHUGH (2003) apontam que existem vieses, conscientes e inconscientes, que influenciam decisões aparentemente objetivas. Eles sugerem que o primeiro passo é o de “aposentar a noção de que nossas atitudes conscientes sempre representam o que imaginamos que representem. É preciso, ainda, abandonar a fé em nossa própria objetividade e em nossa capacidade de sermos imparciais” (p. 42).

Os autores esclarecem que o preconceito implícito, especificamente, surge de uma tendência inconsciente de as pessoas fazerem associações. Mostram que este preconceito difere das formas conscientes de preconceito, como o racismo ou o sexismo explícitos e utilizam os resultados de uma pesquisa realizada com uma ferramenta experimental¹² para estudar o viés inconsciente. Concluem que, mesmo uma pessoa que se julgue livre de preconceitos conscientes, pode agir de forma tendenciosa e, portanto, anti-ética.

Segundo os autores, os resultados desta pesquisa, apurados com mais de 2,5 milhões de pessoas, revelam que os vieses inconscientes são disseminados, fortes e contrários à intenção consciente. Como forma de lidar ou diminuir estes vieses, os autores sugerem, entre outras coisas, a necessidade de constante vigilância e atenção às nossas decisões.

BANAJI; BAZERMAN; CHUGH (2003) afirmam ainda que somente “quem entende o próprio potencial para agir de maneira antiética é capaz de se tornar o líder ético que tanto deseja ser” (p. 49). Entendemos que isso valha da mesma forma para o médico. Somente o médico que entende o próprio potencial para agir de maneira antiética é capaz de se tornar o médico ético que tanto deseja ser. Assim, se o médico deseja ser ético, não há como ignorar o que há dentro de si, sendo este o caminho para transformá-lo.

Isso corrobora para o entendimento de que o inconsciente age à revelia da nossa intenção consciente e que um aprofundamento da compreensão sobre nós mesmos e nossos comportamentos pode nos direcionar para um agir ético.

Sobre a importância de que os médicos possuam conhecimento sobre psicologia, ainda podemos acrescentar o que nos mostra GROSSEMAN (2002). Em seu estudo com médicos¹³,

¹² BANAJI; BAZERMAN; CHUGH (2003) explicam que este teste foi desenvolvido por Tony Greenwald, professor de Psicologia da University of Washington, e é chamado Teste de Associação Implícita (IAT). Em sua versão computadorizada, feita via Internet, pede que a pessoa faça uma associação rápida de palavras e imagens. Com o uso do teclado, o indivíduo tem segundos para classificar como “boas” ou “ruins” palavras como “amor”, “alegria” e “sofrimento” e, ao mesmo tempo, selecionar imagens de rostos negros ou brancos, jovens ou velhos, gordos ou magros, conforme o viés que se pretende medir.

¹³ GROSSEMAN realizou um estudo qualitativo com 25 médicos de cinco grandes áreas da medicina: pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica e saúde pública.

apurou que a dificuldade psicológica em lidar com o paciente, seu sofrimento e a sua morte estavam entre os fatores limitantes da satisfação do médico com o trabalho. Esta dificuldade é mais um fator que demonstra a necessidade de o médico se conhecer e conhecer os mecanismos psicológicos do paciente.

Embora defendamos a idéia de que o médico deve se aprofundar no tema de autoconhecimento e psicologia, não entendemos que o médico deva ser um psicólogo, aqui compreendido como o profissional que possui uma formação completa em psicologia e que faz atendimentos a pacientes com foco central nos seus aspectos psíquicos. Não há uma predeterminação da “quantidade de conhecimento” sobre o assunto que o médico deve obter. A sua prática diária e a sua consciência são os principais indicadores do que ele necessita para ser pleno enquanto médico.

Neste sentido, ZAHER (1999) esclarece que o médico:

Deve estar atento para si e para seus movimentos internos. Isto não quer dizer que cada médico deva ser terapeuta, psicólogo ou psiquiatra, para dar conta de todas as necessidades do paciente. Mas é preciso que possa estar com seu paciente, nas suas necessidades reais enquanto aquele que busca ajuda, poder perceber do que o paciente está precisando e saber orientá-lo. Para que esta percepção ocorra, o médico precisa conhecer-se, estar aberto para seus próprios conflitos e sofrimentos, para suas angústias e necessidades (ZAHER, 1999, p.202).

5.2. Sentido da Vida

FRANKL (1994) assinala que o paciente de hoje, especificando inicialmente o paciente que busca ajuda de um psiquiatra, mas também considerando isto válido para qualquer paciente que busca um médico, vive uma completa falta de sentido da vida, acompanhada por um vazio existencial.

O sentido da vida é a missão da pessoa, é a razão pela qual ela deve se manter viva, agindo e sendo. FRANKL (1994) esclarece que a percepção da necessidade ou a pergunta sobre o sentido da vida pode vir quando outras necessidades do homem estão satisfeitas, como após a satisfação das necessidades básicas apresentadas por Maslow. Essa pergunta pode vir também quando existir uma situação muito difícil ou em que as coisas estão piorando, como é o caso

de pacientes em seu leito de morte, de sobreviventes de campos de concentração ou prisioneiros de guerra. O sentido da vida é o principal alicerce para o ser humano, em qualquer momento da sua vida, mas é especialmente lembrado quando ele já satisfaz muitas de suas necessidades e recorda que algo lhe faz falta, ou quando está diante de um grande sofrimento e com medo da morte, ou seja, frente à própria finitude da vida. Estes momentos geram um questionamento que permite a consciência do vazio existencial e a busca de um sentido.

FRANKL (1994) comenta sobre uma importante característica do ser humano, que é a capacidade de auto transcendência, ou seja, a capacidade de ir além de si mesmo, de seus interesses, dedicando-se a um sentido que deve cumprir. Este sentido também pode ser a dedicação a outro ser humano, com amor.

En el servicio a una causa o en el amor a una persona, se realiza el hombre a sí mismo. Cuanto más sale al encuentro de su tarea, cuanto más se entrega a su compañero, tanto más es él mismo hombre, y tanto más es sí mismo. Así pues, propiamente hablando sólo puede realizarse a sí mismo en la medida en que se olvida a sí mismo, en que se pasa por alto a sí mismo (FRANKL, 1994, p.17).

FRANKL (1994) esclarece que o sentido da vida não pode ser inventado, tomado emprestado ou criado. Ele precisa ser verdadeiramente descoberto. A forma de descobri-lo está na sua consciência. Somente por meio dela é que somos capazes de encontrar este sentido. Cada momento do ser humano é único e não se repete, havendo uma missão única do homem a cada momento. Assim, cada momento tem um sentido próprio, que deve ser descoberto.

O autor afirma que “a consciência faz parte dos fenômenos especificamente humanos. Poderíamos defini-la como a capacidade intuitiva para seguir o rastro do sentido irrepetível e único que se esconde em cada situação. Numa palavra: a consciência é um órgão-sentido” (FRANKL, 1989, p.76).

O papel do médico é ajudar ao paciente a encontrar o seu próprio sentido da vida, sem jamais querer estabelecê-lo por ele.

Ningún psiquiatra, ningún psicoterapeuta – incluidos los logoterapeutas – puede decir a un enfermo cuál es el sentido, pero sí puede decirle muy bien que la vida tiene un sentido y más aún: que lo conserva bajo todas las condiciones y circunstancias, gracias a la

posibilidad de descubrir un sentido también en el sufrimiento (FRANKL, 1994, p.33).

FRANKL (1994) assinala que o sentido da vida tem uma finalidade moralizante, tendo as ações que levam ao cumprimento deste sentido como ações boas e, ao contrário, as que impedem o cumprimento deste sentido as ações más. Não há como saber se o sentido do homem está certo.

FRANKL (1994) esclarece que não é possível ter esta certeza, e que o risco de que a nossa consciência esteja submetida a um sentido ilusório acompanha o homem até o seu leito de morte. No entanto, esta incerteza ou risco não limita o sentido da vida, mas, por outro lado, traz a importância da humildade.

Concordamos com o autor sobre a importância da humildade e de estarmos abertos para questionamentos. Entretanto, acreditamos que a união da razão com a emoção mais verdadeira, derivada de uma profunda investigação dos fatores inconscientes, nos traz uma forte clareza de entendimento sobre o nosso sentido da vida.

FRANKL (1989) afirma que “humildade, portanto, significa tolerância; mas tolerância não quer dizer indiferença, pois o respeitar a fé de quem de outro modo crê, nem de longe requer que nos identifiquemos com a fé alheia” (p.76).

Toda situação tem um sentido, mesmo aquelas que estão relacionadas com aspectos aparentemente negativos da existência humana, como o sofrimento, a culpa e a morte. A descoberta do sentido nestas situações “puede transformarse en algo positivo, en un servicio, a condición de que se salga a su encuentro con la adecuada actitud y disposición” (FRANKL, 1989, p.32). Assim, o sentido da vida é um aspecto fundamental na busca de uma resposta para a vida e para o sofrimento, dando disposição para irmos além do sofrimento, mesmo nas situações em que ele é inevitável, como no caso de pacientes terminais. O autor esclarece que a capacidade de sofrimento é a própria capacidade de atitude.

FRANKL (1994) mostra ainda que, “al cumplir un sentido, el hombre se realiza a sí mismo. Si cumplimos el sentido del sufrimiento, realizamos lo más humano del ser humano, maduramos, crecemos, crecemos más allá de nosotros mismos” (FRANKL, 1994, p.37).

A forma como o paciente enfrenta a sua doença é um fator chave. A diferença está em sua atitude. Atitude certa é o que todos precisamos na busca da felicidade.

Sobre a importância de ter um sentido da vida e seu impacto na saúde do paciente, FRANKL (1989) diz: “Eu não consigo imaginar que a deficiente dedicação a uma missão possa

constituir alguma vez a única e exclusiva causa de uma enfermidade física. Mas estou convencido de que uma orientação de sentido é um meio de cura” (p.9).

Diretamente relacionada com o sentido da vida temos a existência da fé. FRANKL (1989) afirma que a fé tem uma imensa importância psíquica. “Esta fé é criadora. Como fé pura que brota duma força interior, torna o homem mais forte. Para um crente assim, não há, em última instância, nada sem sentido” (p.64).

Campbell (1990), apud GUIA (2001) afirma que “a religião oferece uma interpretação da realidade que corresponderia ao que Max Weber identificou como uma necessidade metafísica da mente humana; no sentido de conferir ordem, significado e coerência às nossas vidas, e de compreender questões últimas, tais como aquelas referentes aos propósitos de nossa natureza ou de nosso destino” (p.200).

A fé do paciente faz parte de sua dimensão espiritual e, como já apontamos no capítulo anterior, tem consequências sobre a sua doença e recuperação, devendo ser considerada e apoiada pelo profissional. E a fé verdadeira dá sentido a tudo.

Notamos que o sentido da vida está diretamente relacionado com a ética e com a psicologia. Para a ética, o sentido de vida é o que dá as bases para o seu fortalecimento e atuação. Com sentido temos uma direção clara a seguir, facilitando as nossas decisões, integrando razão e emoção. A psicologia contribui diretamente, pois é quem traz importantes elementos para a compreensão dos aspectos mentais que levam à descoberta deste sentido, particularmente no entendimento dos conflitos e forças contrários ao próprio sentido, buscando sua coerência e integridade com o ser.

O sentido da vida é algo tão importante que a própria discussão em torno da ética sugere a discussão de sentido. A ética quer o bem ou o bom para o ser humano. O cumprimento do sentido da vida é o nome que damos para a nossa felicidade.

Entendemos que ao médico cabe, antes de tudo, encontrar o seu sentido da vida, sem verdades emprestadas, mas a partir da sua consciência, de onde tirará forças para fazer o que precisa ser feito, para desempenhar plenamente o seu papel. Como ele está no papel de ajudar ao paciente, cabe também estar atento e facilitar a compreensão pelo paciente de que há um sentido na vida e que ele deve buscar o seu, para o bem da sua própria saúde.

5.3. Alguns aspectos do relacionamento médico-paciente

Como pode ser compreendido a partir dos itens anteriores, os aspectos mentais e emocionais possuem influência sobre o processo de formação da doença e da cura, que é o próprio retorno ao equilíbrio das dimensões física, mental, emocional e espiritual do paciente. Na definição de

saúde temos ainda a dimensão social, que não é outra se não a própria interação que temos com os outros – e aqui se inclui o médico -, e a sociedade.

Inicialmente vamos analisar três modelos da relação médico-paciente, mencionados por JUNIOR e GUIMARÃES (2003), que ressaltam três ângulos diferentes desta relação, sendo, segundo os autores: o grau de atividade-passividade – formulado por Hollender; a distância psicológica – formulado por Von Gehsattel; e o grau de contato pessoal – formulado por Tatossian.

O primeiro modelo enfoca o grau de atividade-passividade e admite três tipos básicos de interação: 1) atividade-passividade, em que o paciente aceita passivamente os cuidados médicos, sem mostrar necessidade ou vontade de compreendê-los; 2) direção-cooperação, em que aumenta a interação, mas ainda é o médico quem decide e o paciente compreende e colabora; 3) participação mútua e recíproca, em que o médico sugere os caminhos, mas o paciente compreende e decide conjuntamente, assumindo a sua responsabilidade.

JUNIOR e GUIMARÃES (2003) acrescentam que não existe uma forma melhor do que a outra, com o exemplo de que a interação atividade-passividade é a normalmente vista na medicina de urgência, sendo que, quanto mais ativo e seguro for o médico, melhor será para o paciente. Assim, estas interações “simplesmente correspondem a situações dadas e caracterizam pacientes que se encontram em contextos psicológicos distintos” (p.106).

O segundo modelo enfoca a distância psicológica e possui três fases de interação que, diferentemente do modelo anterior, podem progredir de uma fase para a outra, sendo: 1) a do apelo humano, em que o médico apenas responde à necessidade do paciente, sem ainda considerá-lo como objeto de estudo; 2) a do afastamento ou de objetivação, em que o profissional vê o paciente como um objeto de estudo, uma visão basicamente científica, tendo as relações afetivas em um segundo plano; e 3) a de personalização da relação, iniciada após o estabelecimento do diagnóstico e do plano terapêutico, em que o médico une o estudo científico do caso com o fato de haver, além da doença, uma pessoa que sofre com determinada enfermidade.

JUNIOR e GUIMARÃES (2003) mencionam que alguns profissionais permanecem na fase de afastamento como forma de autodefesa contra as emoções e sentimentos, podendo prejudicar a relação médico-paciente e o próprio exercício da profissão.

O terceiro modelo aborda dois níveis de relação: 1) relação interpessoal, em que há uma interação direta médico-paciente em todos os níveis (intelectual, afetivo, consciente e inconsciente); e, 2) relação de prestação de serviços, em que o objetivo da interação é a prestação de um serviço de reparação de um objeto.

Entendemos que as características destes modelos não são excludentes, configurando-se apenas formas distintas de olhar para a relação médico-paciente. Entendemos ainda que, nestas formas de olhar, a relação deveria estar baseada em uma participação mútua e recíproca – exceto em situações em que não há o que escolher e a vida corre perigo, como nas situações de urgência -, com personalização da relação e união de uma relação interpessoal com a de prestação de serviços.

Esta combinação, vista sob diferentes ângulos, é a que acreditamos gerar o maior benefício para ambas as partes e facilitar a atuação ética do médico. Nesta combinação, a interação médico-paciente é extremamente valorizada, com um forte e direto impacto sobre os aspectos mentais e emocionais do paciente.

DAMERGIAN (1988) esclarece que “a interação humana se passa num campo onde todos os elementos (inconscientes e conscientes, afetivos e cognitivos) estão presentes” (p.322).

Os aspectos que caracterizam a relação médico-paciente são inúmeros. Não temos a intenção de abordar todos, mas aqueles que promovem uma consciência de como gerar um melhor relacionamento interpessoal com o paciente. Acreditamos que, além de ser necessário para a busca da sua cura, este relacionamento terá como consequência a compensação financeira pelo esforço do profissional. Ou seja, com a sincera intenção de fazer o melhor para o paciente, temos a possibilidade de realização profissional do médico, entendendo esta realização como sucesso de ajudar o paciente a manter e restabelecer sua saúde e como retorno financeiro para ter uma vida digna.

A relação médico-paciente pode ser vista como “um pacto entre pessoas, das quais uma é a responsável principal da iniciativa e a outra é mais competente quanto aos modos de resolver o problema” (SGRECCIA, 1996, p.197). Como todo pacto, pode ser rescindido quando uma das partes decidir que a outra não está mais em condições de manter este relacionamento, ou seja, desta busca conjunta da ação terapêutica. Exceções podem ser feitas a esta rescisão, como em situações de risco iminente de vida, incapacidade do paciente, entre outras. Não tivemos intenção, nesta Tese, de aprofundar na análise das possíveis exceções.

No entanto, os pactos exigem que as regras estejam claras, com o estabelecimento dos direitos e das obrigações de cada parte, com o que é esperado e o que cabe a cada um.

DANTAS (1989), por exemplo, aponta que “a Medicina deve desenvolver a prevenção e a terapêutica não só dos desequilíbrios biológicos, mas também psicológicos e sociais” (p.106). As dimensões psicológicas ou mentais e as sociais fazem parte do conceito de saúde e exigem

ações objetivas. O próprio autor menciona como incorporar estas dimensões no atendimento médico.

Há que se empenhar cada vez mais por uma medicina que valorize a relação médico-paciente, sendo o profissional competente no diagnóstico e tratamento dos doentes e não apenas de suas doenças, e suficientemente humilde para entender que sempre haverá algo novo a ser aprendido e feito em benefício do ser humano que sofre (DANTAS, 199-?, p.1).

A relação médico-paciente exerce uma influência muito grande, tanto para gerar saúde como para gerar doença. Um claro exemplo são as “doenças chamadas iatrogênicas, geradas pela forma como se constrói essa interação. Essas doenças podem aparecer, por exemplo, como sintomas similares a uma doença que o médico suspeite que o paciente tenha, enquanto este aguarda um exame de averiguação” (MASETTI, 2001, p.14).

Sob esta perspectiva, um importante cuidado a ser tomado pelo médico está relacionado com o uso inadequado do seu poder na condução do relacionamento, retirando a autonomia do paciente por meio de um processo de dominação. Neste sentido, LEOPOLDO E SILVA (1997), apud ZAHER (1999) afirma que:

Para que a ética não esteja ausente de relações que podem facilmente derivar para a dominação, como é o caso das relações médico-paciente, é preciso que o médico possua uma aguda consciência crítica do seu poder, e que esta consciência esteja permanentemente em alerta, para que, na medida do possível, ele possa tornar interativa a relação, sem com isto abdicar da condução dos procedimentos e da responsabilidade inerente à sua função (ZAHER, 1999, p.46).

Algo básico para o estabelecimento deste relacionamento é o reconhecimento dos desejos, expectativas e conhecimento do paciente. É também importante perceber, como afirma ZAHER (1999), que o paciente manifesta desejos inconscientes e que estes desejos também interagem com os desejos inconscientes do médico.

DANTAS (199-?) mostra a importância do relacionamento e da atitude de amor do médico para com o paciente, afirmando que:

A combinação verdade/amor é intrínseca ao ato médico, sendo inadmissível uma prática médica baseada na falta de amor ao próximo. Concomitante a uma prática científica

racional deve o médico exercer sua arte profissional com o coração, construindo uma história clínica biográfica do ser humano que sofre e compreendendo cada paciente em sua individualidade vital (DANTAS, 199-?, p.2).

Com este mesmo entendimento, SIQUEIRA (2004) afirma que, na vinculação entre o médico e o paciente, “Hipócrates encontrou uma única palavra para descrever este ato “philia”, que pode ser traduzido como amizade, amor, solidariedade, compromisso, compaixão” (p.7).

A comunicação é um elemento fundamental em qualquer relacionamento. Nesta Tese vamos nos ater a fazer apenas alguns comentários e ponderações sobre a comunicação, sem o objetivo de nos aprofundarmos no tema.

SIEGEL (1998) apud WAHBA (2001) dá grande importância à comunicação na relação médico-paciente e “relata que uma pesquisa feita em Harvard revelou que um grupo que recebia a visita do anestesista na véspera da cirurgia – e explicações – precisava de menos anestesia e se recuperava mais rápido” (p.39).

PAULA (2003) acrescenta que o paciente deseja fazer-se conhecido ao falar de sua doença, pois ela é a expressão de seus conflitos íntimos.

A cura para o paciente já se inicia no momento da consulta, onde ele pode falar de seus anseios, de seu sofrimento e de sua vida, ou seja, o processo de cura ocorre a partir do momento em que o paciente é acolhido e sua doença tomada em consideração, não de forma dissociada, mas como parte integrante de suas vivências (PAULA, 2003, p.101).

Entendemos que a comunicação é parte do próprio processo terapêutico e que sempre deve ocorrer; é um caminho de duas mãos, ou seja, do médico para o paciente e do paciente para o médico.

Concordamos com SGRECCIA (1996) quando aponta que o ato médico e a consulta médica devem tornar-se uma relação de sinergia. O médico e o paciente são atores importantes, desempenhando papéis ativos neste relacionamento. O paciente é o ator principal na administração de sua saúde. O médico, escolhido direta ou indiretamente pelo paciente – como no caso de atendimento pelo setor público, entre outros-, e que aceita ajudá-lo, assume o papel de que colabora com o sujeito final e para um determinado fim.

Em relação à comunicação, MACHLINE (1996) abordou a utilização do riso na terapêutica médica, no século XVI, a partir da visão de Rabelais. Apresenta uma frase atribuída a este autor, em que ele indica a importância dos gestos e das palavras do médico na relação com o paciente, aconselhando “ao médico cuidado particular com as palavras, propósitos, conversas

e confabulações que deva ter com os doentes da parte dos quais seja chamado; que sempre devem ter por fim animá-lo sem ofensa a Deus e não contristá-lo de modo algum” (RABELAIS apud MACHLINE, 1996, p.39).

Entendemos que deva haver uma união entre a verdade do que se comunica (conteúdo) com um meio (forma) que ative o que há de melhor no paciente. Esta forma deve, sempre que possível, conter mecanismos para aliviar a tensão e mostrar o lado positivo e alegre da situação.

Para Winnicot (1975), apud MASETTI (2003), “brincar é universal e próprio da saúde, facilitando o crescimento do indivíduo, os relacionamentos grupais e a comunicação” (p.38).

MASETTI (2001) propõe que o foco para o cuidado da doença seja a forma como ocorrem as relações estabelecidas entre profissionais e pacientes, abordando especificamente as que ocorrem dentro de um hospital. Afirma que pensamento e corpo estão intimamente ligados e que as relações são compostas de encontros, em que cada um é capaz de aumentar ou diminuir a potência de ação do outro, ou seja, a sua capacidade de melhor agir. Exemplifica que, se os encontros potencializam o que temos de melhor, que é a nossa essência, experimentamos alegrias. Quando uma idéia ou pensamento de culpa ou piedade ocorre, experimentamos tristeza, diminuindo nossa potência.

Para potencializar estes encontros, a autora sugere o que chama de uma “ética da alegria”, já que a alegria nos aproxima da ação. Argumenta que a própria capacidade de exercer a alegria é, em si, um indicador de saúde.

MASETTI (2001) relata a experiência dos Doutores da Alegria, um programa desenvolvido por um grupo de atores em alguns hospitais brasileiros e inspirado em uma experiência norte-americana batizada como “The Big Apple Circus Clown Care Unit”. Este grupo faz apresentações principalmente para crianças hospitalizadas, envolvendo os profissionais de saúde e familiares presentes. Segundo a autora, os Doutores da Alegria promovem boas misturas, ou seja, relações e encontros positivos entre os profissionais de saúde, o paciente e seus familiares, pela capacidade do palhaço, por meio do brincar, de diminuir as tensões e favorecer a solução de conflitos e dificuldades, indo diretamente aos sentimentos. Este formato “aumenta nossa capacidade de sentir, estimula que se aceitem muitas possibilidades e diferentes reações, expandindo os limites de comportamento” (MASETTI, 2003, p.36).

O uso da alegria e do bom humor deve ser adicionado ao tempero de qualquer relacionamento, não sendo diferente na relação médico-paciente. Poderíamos ainda

acrescentar a criatividade, intimamente ligada à verdade, por ser uma expressão natural daquilo que se pensa ou sente.

Outro fator importante no relacionamento é que a interação entre as partes pressupõe o reconhecimento da importância de cada parte. Contrária a esta interação podemos encontrar a presença da falta de humildade. ZAHER (1999) menciona que, em sua pesquisa junto a 293 médicos, encontrou traços narcísicos e onipotentes em 100% dos entrevistados, estando esta característica mais presente nos profissionais que não estavam desempenhando atividades que exigissem contato direto com pacientes.

Neste sentido, vemos que o médico que possui estas características deve estar atento para não criar uma barreira no relacionamento, restringindo-o, bem como os seus efeitos.

ZLOTNIK (1999), apud ZAHER (1999), faz um bom resumo de recomendações para o médico, sugerindo especificamente:

Conheça a si mesmo: sua força e suas fraquezas. Extraia frutos da insatisfação com seu trabalho. Cultive a curiosidade acerca das doenças, mas trate tão bem o enfermo como a enfermidade. Quando tiver dúvida, procure o auxílio dos mais experientes. Cultive o senso de humor e o verdadeiro sentido de humildade. Não permita que a admiração de seus pacientes influencie seu raciocínio e conduta (ZAHER, 1999, p.203).

JUNGES (2003) apresenta algumas virtudes que estão presentes na relação médico-paciente:

- 1) a virtude da integridade motiva decisões coerentes com a concepção de vida e valores tanto do profissional quanto do paciente, fazendo com que o apelo à integridade seja mais forte quanto mais centrais e permanentes forem os valores implicados; 2) a virtude da compaixão/solidariedade significa proximidade, cuidado, interesse por parte do profissional em relação ao paciente – essa atitude é mais premente quanto mais séria for a ameaça de perda ou dano maior ou montante de alívio a ser proporcionado; 3) a virtude da fortaleza/paciência significa capacidade do paciente em suportar contratempos e atropelos criados pela situação de doença; 4) a virtude da coragem, pela qual tanto o profissional quanto o paciente tomam decisões apropriadas e arriscadas, não deixando-se motivar excessivamente pelo temor e fazendo aquilo que é conveniente, independente dos riscos; 5) a virtude da honestidade, que, na

comunicação, motiva a veracidade das informações tanto da parte do profissional quanto do paciente, num clima de confiança mútua” (JUNGES, 2003, p.38).

Concordamos com SGRECCIA (1996), quando aponta que o relacionamento médico-paciente deve ser pautado por um respeito recíproco e com objetivos comuns. “Nem a consciência do paciente pode ser violentada pelo médico nem a do médico pode ser forçada pelo paciente: são ambos responsáveis pela vida e pela saúde, quer seja esta considerada um bem pessoal, quer um bem social” (p.161).

Este respeito recíproco pressupõe confiança. SPORTELLI (198-?) analisa que a chave das relações dos homens com seus semelhantes está baseada na confiança. É a confiança que permite que o profissional de saúde tenha paz de espírito e estabeleça uma profunda relação com o paciente.

Nesta mesma direção, MACHADO (1997) comenta que a atuação do médico está fortemente dotada de princípios ético-morais, pois “estabelece singular relação com o consumidor (paciente) de seus serviços, que requer confiança, sigilo e credibilidade” (p.15).

Como analisado no capítulo anterior (sobre a Ética), muitas vezes a relação médico-paciente extrapola para uma relação médico-paciente-família, sendo de grande importância a relação e comunicação do médico com a família do paciente.

Entre os vários aspectos apresentados, podemos dizer que o médico, para facilitar a relação com o paciente, deveria ter e cultivar as seguintes características, que se confundem com virtudes: competência técnica – conhecimento e habilidade -, empatia, capacidade de informar adequadamente e com clareza; compromisso, responsabilidade, integridade, credibilidade, compaixão, amor, coragem, paciência, humildade e alegria.

Talvez seja um ideal difícil de alcançar, de forma plena e constante. No entanto, certamente sua busca trará felicidade a todos, ao próprio profissional e a todos que o rodeiam.

Uma última observação sobre a relação médico-paciente é a discrepância entre o que é dito e o que é feito. PAULA (2003) menciona que há um discurso que diz como “as coisas deveriam ser e, em contrapartida, há uma crença dos médicos de que não há como mudar o sistema de atendimento, seja pelo grande número de pacientes para serem atendidos diariamente ou pelo tempo tão curto dispendido para cada consulta” (p.104). Esta crença, segundo a autora, também se encontra nos pacientes, que “esperam que o médico o conheça, saiba sobre sua história e entenda sua doença dentro de todo o contexto de sua existência. Mas ao mesmo tempo diz que isso não é possível, como vimos através dos relatos dos pacientes” (p.104).

A união do discurso com a prática é o significado de integridade. Embora existam limitadores na vida real, a busca desta integridade está no que há de mais importante no ser humano, que é a sua capacidade, por meio de sua consciência, decisões e atos, de evoluir e transformar a sua própria realidade.

Capítulo 6 - Marketing

A atuação do médico também se configura em uma prestação de serviço e está sujeita a escolhas por parte dos pacientes com quem ele deseja se relacionar, ou seja, de quem pretende adquirir o serviço médico oferecido, pagando direta – nos casos de pacientes particulares - ou indiretamente – no caso de pacientes de convênios/empresas e do setor público – por ele. Este capítulo é dedicado ao Marketing e tem quatro objetivos: 1) abordar alguns aspectos básicos sobre serviços, marketing de serviços e seus influenciadores, particularmente os que podem ser relacionados com a atividade do médico; 2) apresentar o que significa marketing de relacionamento; 3) apresentar o modelo de Morgan e Hunt (1994); e 4) mostrar o impacto do marketing de relacionamento para o médico.

Na parte inicial deste capítulo utilizamos conhecimento já levantado por ocasião da nossa Dissertação de Mestrado.

6.1. Marketing de Serviços

Um serviço é um fenômeno complexo, de difícil definição, que envolve aspectos tangíveis e intangíveis. GRÔNROOS (1995), depois de citar algumas definições sobre serviços utilizadas por diversos autores, apresenta a seguinte definição:

O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível - que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre cliente e empregados de serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços - que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s) (GRÔNROOS, 1995, p.36).

O autor esclarece que mais importante do que uma definição sobre serviços é o entendimento de suas principais características: intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade da produção e consumo, e perecibilidade.

FARAH (1997) menciona que a intangibilidade dos serviços está diretamente relacionada com a impossibilidade que o ser humano tem de utilizar os órgãos do sentido para perceber o serviço. A característica da heterogeneidade está ligada ao fato de que existe alta variabilidade da forma como um serviço é prestado, já que é diretamente dependente da performance de pessoas, sendo difícil obtermos uma standardização, principalmente se a compararmos com um processo de produção fabril.

A inseparabilidade da produção e consumo ocorre pelo fato de que um serviço é produzido e consumido ao mesmo tempo, normalmente no mesmo local. Esta característica faz com que haja uma maior proximidade com o cliente, inexistindo canais de distribuição para a maioria dos serviços.

A característica da perecibilidade vem da impossibilidade dos serviços serem guardados. Um horário vago na agenda de um médico não pode ser estocado e recuperado posteriormente. Em serviços, o que oferecemos é uma experiência baseada em um determinado tempo. E tempo é algo que não guardamos, apenas vivemos.

A comparação entre produtos ou bens físicos e serviços facilita a percepção das diferenças, como podemos ver no quadro abaixo:

Bens Físicos	Serviços
Tangível	Intangível
Homogêneo	Heterogêneo
Produção e distribuição separadas do consumo	Produção, distribuição e consumo são processos simultâneos
Uma coisa	Uma atividade ou processo
Valor principal produzido em fábricas	Valor principal produzido nas interações entre comprador e vendedor
Clientes normalmente não participam do processo de produção	Clientes participam da produção
Pode ser mantido em estoque	Não pode ser mantido em estoque
Transferência de propriedade	Não transfere propriedade

Quadro 6.1.1 – Produtos X Serviços

Fonte: GRÔNROOS, 1995, p.38

Como podemos observar, os serviços trazem em suas características a existência e a possibilidade de um relacionamento mais próximo entre prestador e cliente. Para que um serviço seja valorizado, é importante compreender o que os clientes, de fato, procuram e o que eles avaliam. “Quando um prestador sabe como os seus serviços serão avaliados pelos usuários, é possível identificar como gerenciar essas avaliações e como influenciá-las na direção desejável” (GRÔNROOS, 1995, p.45).

ARIOSI (2002) menciona que o paciente tem na empatia do médico um importante referencial para perceber a qualidade do serviço. Dentre os aspectos mencionados,

entendemos que a tangibilização do serviço a partir das motivações e necessidades do cliente seja uma das principais estratégias de marketing. Neste sentido, TAYLOR (1972) esclarece que:

... uma das principais diferenças entre as estratégias utilizadas em Marketing de produtos tangíveis e intangíveis, reside no fato de que no bem tangível, em geral, são as próprias características do produto que determinam a estratégia de Marketing a ser adotada. Nos serviços, em decorrência da Intangibilidade, a estratégia normalmente se desenvolve pela influência de motivações que os consumidores sentem pelos serviços oferecidos (TAYLOR, 1972, p.23).

LEVITT (1985) analisa que as pessoas usam as aparências para julgar a realidade. Elas utilizam impressões externas para avaliar um produto ou serviço. Quanto mais intangível é um serviço, como uma consulta médica, mais importante são os elementos que irão tangibilizar o serviço e fornecer elementos tangíveis para sua percepção. O autor chama estes símbolos de substitutos da realidade.

Inúmeras definições de marketing são encontradas na literatura. Nós optamos especificamente pela seguinte:

Marketing é análise, planejamento, implementação e controle de programas cuidadosamente formulados que visam proporcionar trocas voluntárias de valores ou utilidades com mercados-alvo, com o propósito de realizar os objetivos organizacionais. Confia, fortemente, no delineamento da oferta da organização, em termos das necessidades e dos desejos do mercado- alvo, e no uso eficaz de política de preços, comunicações e distribuição, a fim de informar, motivar e prestar serviços aos mercados (KOTLER e BLOOM, 1990, p.19).

Podemos observar seis importantes desdobramentos desta definição, de acordo com o Kotler e Bloom (1990):

- 1) Marketing é um processo administrado, cuidadosamente formulado, com objetivos bem definidos. Isto significa que cada ação é pensada e planejada, estando coerente com o que se busca e direcionada para objetivos pré-definidos.
- 2) O marketing busca a existência de trocas voluntárias de valores, proporcionando determinados benefícios para o mercado-alvo, que sejam suficientemente eficazes para gerar uma troca voluntária. O marketing foca a liberdade de escolha a partir da análise e decisão do cliente.

- 3) O marketing seleciona determinados mercados-alvo, não procurando atender a todos os mercados ou a todas as necessidades. Como existem clientes diferentes, as estratégias de marketing focam grupos homogêneos, que possuam necessidades ou percepções em comum.
 - 4) O marketing ajuda as empresas e os profissionais a sobreviverem (e bem) em um mercado competitivo. As ferramentas de marketing facilitam a ocorrência das trocas.
 - 5) O marketing desenha os serviços da empresa conforme as necessidades e os desejos do mercado-alvo, mantendo em mente que todo serviço e produto deve atender a uma necessidade de quem os adquire.
 - 6) O marketing utiliza um conjunto de instrumentos denominado marketing mix para atingir seus objetivos. O marketing mix é formado por quatro ou mais elementos, como preço, produto/serviço, distribuição e promoção, que interferem e possibilitam a existência da troca.
- Para que o marketing facilite a troca, a percepção do serviço pelo cliente é fundamental. Neste sentido, KOTLER e ARMSTRONG (1993), apud FARAH (1997), corroboram com a necessidade de tangibilizar as ofertas e citam a importância da percepção da qualidade para diminuir os riscos.

Para reduzir a incerteza, os compradores procuram sinais de qualidade de serviço. Eles tiram conclusões sobre a qualidade a partir de tudo o que puderem observar, do lugar, das pessoas, do equipamento, do material de comunicação e do preço. Portanto, a tarefa do prestador de serviços é torná-lo tangível de várias maneiras. Se os profissionais de marketing de produtos tentam acrescentar intangibilidade a suas ofertas tangíveis, os prestadores de serviço tentam acrescentar tangibilidade às suas ofertas intangíveis (KOTLER e ARMSTRONG, 1993, p.414, apud FARAH, 1997, p.41).

A qualidade em serviços é um dos mais importantes referenciais para o cliente de um serviço, sendo também dentro da realidade de atuação de um médico. PARASUNAMAN; ZEITHAML; BERRY (1985) estudaram este tema e tiram algumas conclusões sobre qualidade em serviços:

1. A qualidade de um serviço é mais difícil de ser avaliada pelo cliente do que a qualidade de produtos tangíveis.
2. As percepções da qualidade dos serviços resultam de uma comparação, feita pelo próprio cliente, entre as expectativas que ele possui do serviço e o serviço recebido de fato.
3. A avaliação da qualidade de serviços envolve tanto o resultado final do serviço quanto o processo que deu origem a tal resultado.

Entendemos que a qualidade em serviços é a qualidade percebida pelo consumidor, resultado da comparação entre a qualidade por ele esperada e a qualidade efetivamente experimentada. A qualidade experimentada, por sua vez, é gerada pelas especificações técnicas do serviço e pela performance ou processo da prestação (PARASUNAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; GRÔNROOS, 1995).

Outro importante aspecto dentro da qualidade é o que GRÔNROOS (1995) chamou de hora da verdade. O autor explica que o conceito de hora da verdade significa o momento que ocorre um encontro entre a empresa e o cliente, sendo a oportunidade quando o prestador de serviço, como o médico, tem a real oportunidade de demonstrar ao cliente a qualidade de seus serviços. Todos os momentos são importantes, mas o autor acrescenta que “a primeira e a última série de horas da verdade são freqüentemente as mais importantes relativamente falando, do que aquelas que acontecem no meio” (p.276). Explica que o primeiro contato ou início do processo de interação, como a primeira consulta, influencia todos os outros contatos e que as interações na fase de separação, como a despedida, deixam o cliente com uma última impressão do serviço, o que influenciará a ocorrência de um novo encontro.

PARASUNAMAN; ZEITHAML; BERRY (1985) mencionavam inicialmente dez categorias de critérios utilizados na avaliação da qualidade de uma empresa de serviços. Posteriormente, os autores concluíram que havia uma considerável correlação entre algumas destas dimensões, sugerindo cinco dimensões que explicam a avaliação da qualidade em serviços, sendo: 1) confiabilidade, que é a habilidade de prestar o serviço de forma confiável, precisa e consistente; 2) prontidão, que é a disposição de todos da empresa para prestar o serviço prontamente e auxiliar os clientes; 3) tangibilidade, representando todas as evidências físicas do serviço (equipamentos, instalações, materiais de comunicação, funcionários, entre outros); 4) garantia, aqui entendida como o conhecimento, a competência e a cortesia dos empregados, além de sua capacidade de transmitir confiança, responsabilidade e segurança; e, 5) empatia, que é a atenção individualizada e cuidadosa dispensada pela empresa aos seus clientes, facilitando o contato ou acesso e a comunicação.

Estes elementos são facilmente observáveis como importantes na relação e percepção do paciente e de sua família com o médico e sua equipe.

GRÔNROOS (1995) contribui com um modelo de qualidade total percebida, estabelecendo-a como o resultado da relação entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada. A qualidade esperada, conforme o modelo, é influenciada por: comunicação da empresa no mercado, sua imagem, comunicação boca a boca e necessidades do consumidor. Já a qualidade experimentada resulta da qualidade técnica – o que é feito – e da qualidade

funcional – como é feito - sendo ambas influenciadas pela imagem que o consumidor tem do prestador.

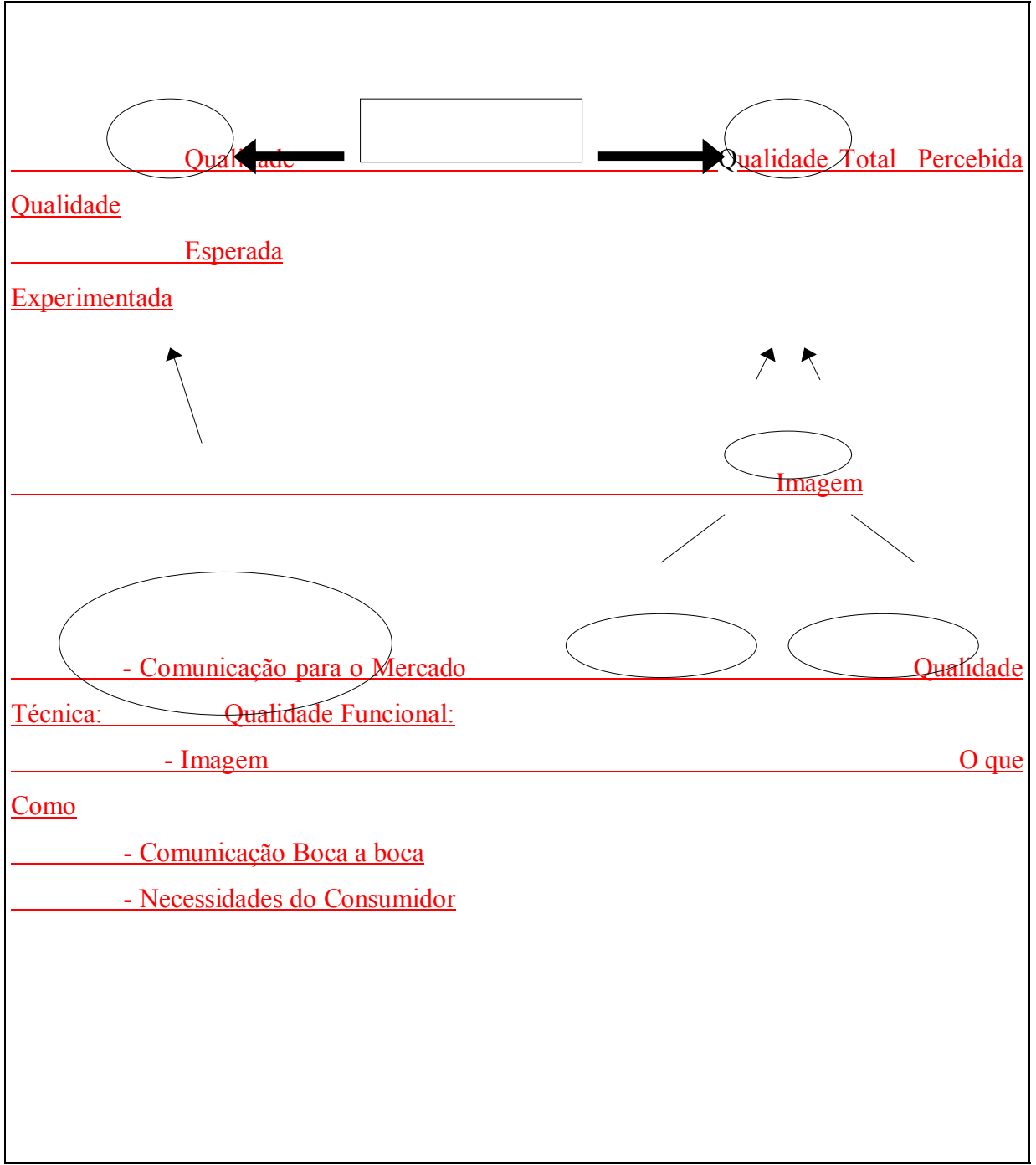


Figura 6.1.1. - O Modelo da Qualidade Total Percebida

Fonte: GRÖNROOS, C., (1988); “Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality”. Review of Business (New York: St. John’s University Press); p.12 in: GRÖNROOS, 1995, p.54.

Ao examinarmos o modelo, percebemos que, além de prestarmos um serviço com qualidade técnica e funcional, devemos estar atentos ao direcionamento das expectativas dos nossos clientes, conhecendo as suas necessidades e comunicando-nos adequadamente, influenciando também a formação da nossa imagem junto ao nosso cliente e ao mercado.

KOTLER (1998) esclarece que existem alguns serviços cuja qualidade técnica os consumidores não podem julgar, mesmo após os terem recebido. O autor menciona especificamente a consulta médica como um serviço com qualidades credenciais, ou seja, que necessita de credibilidade, pois é de difícil avaliação. Para estes serviços, o cliente enfrenta um maior risco, gerando alguns comportamentos característicos. Primeiro, os clientes geralmente “confiam mais na divulgação boca a boca do que na propaganda da empresa. Segundo, eles confiam fortemente em preço, funcionários e evidências físicas para julgar a qualidade do serviço. Terceiro, são altamente leais ao fornecedor do serviço quando ficam satisfeitos” (p.419).

Apresentamos até aqui alguns aspectos básicos de marketing de serviços, que permitem a visualização de sua utilização para a realidade do médico. Entendemos que o marketing é uma importante e útil ferramenta para ajudar a prestadores de serviços, como empresas e profissionais, a atingir seus objetivos e propósitos. Especificamente focando na utilização do marketing pelo médico, acreditamos que o conhecimento de seu conceito e ferramentas facilita a abertura, a manutenção e o crescimento de um consultório ou clínica médica.

Percebemos que existe um desconhecimento do médico sobre este tema, além de uma resistência ao seu uso. KOTLER e BLOOM (1990) mencionam que muitos médicos, e outros profissionais, simplesmente não têm interesse em nada que se relacione com vendas. Os autores dão mais um exemplo de resistência ao conhecimento e uso do marketing, afirmando que todos os profissionais:

gostariam que suas reputações atraíssem tantos clientes quanto pudessem desejar, eliminando a necessidade de despendar tempo ou dinheiro em marketing. Nesta situação ideal, virtualmente 100% do tempo de todos os profissionais seriam cobrados (exceto o gasto em

reciclagem para melhoria de habilidades) (KOTLER e BLOOM, 1990, p.40).

LACZNIAK e MURPHY (1993) afirmam que “resultados de pesquisas indicam que os médicos são mais céticos do que outros profissionais quanto aos benefícios do marketing” (p.258, tradução nossa). Os autores apontam que isto deve ocorrer devido à percepção destes profissionais de que marketing é basicamente uma atividade de vendas, distante do ideal hipocrático focado no objetivo de ajudar ao ser humano, em vez de se posicionar como uma relação comercial.

FORTES (1998) afirma que “todo ser humano, quando na posição de paciente, deve ser tratado em virtude de suas necessidades de saúde e não como um meio para a satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos profissionais de saúde ou de interesses industriais e comerciais” (p.18). Concordamos plenamente com o autor, mas acrescentamos que é possível unir todos estes interesses, direcionando-os de forma ética.

Entendemos que o marketing vai muito além de vendas e pode ajudar o médico a ter a reputação necessária, a unir e atender a todos os interesses e a estabelecer relacionamentos que efetivamente sejam capazes de atrair, manter e gerar indicações de clientes. É o que veremos com a abordagem do marketing de relacionamento.

Algumas das tendências do estudo do marketing, conforme apontados por SHETH; GARDNER; GARRETT (1988), estão relacionadas com o estudo do comportamento dos seguintes fatores: do consumidor; das trocas e da administração das ações de marketing. O marketing de relacionamento engloba fortemente estes três aspectos.

Queremos ainda salientar que a comunicação é um dos pilares do uso do marketing, tendo um peso maior na realidade do médico, já que serve como parâmetro ou um dos substitutos da realidade para o paciente. Como MCKENNA (1996) esclarece, “A comunicação é um diálogo. Quando eficaz, as duas partes ganham. No novo marketing, comunicar-se com os clientes compreende tanto ouvir como falar. É através do diálogo que as relações são construídas e os produtos são concebidos, adaptados e aceitos” (p.121).

São inúmeros os aspectos que envolvem a comunicação e que poderiam ser abordados. Entretanto, como delimitamos previamente, não são objeto de nossa análise nesta Tese.

6.2. Marketing de Relacionamento

GRÔNROOS (1995) estabelece uma definição de marketing baseada no relacionamento, a partir de definições e trabalhos de BERRY (1983), GRÔNROOS (1989) e GUMMESSON (1987):

O marketing deve estabelecer, manter e ressaltar [normalmente, mas não necessariamente, sempre a longo prazo] os relacionamentos com clientes e outros parceiros, com lucro, de forma que os objetivos das partes envolvidas sejam atendidos. Isto é alcançado através de troca mútua e do cumprimento das promessas (GRÔNROOS, 1995, p.175).

No marketing de relacionamento os recursos da empresa (aqui entendidos como pessoas, estrutura, tecnologias e sistemas) são utilizados para manter e reforçar a confiança do cliente. O processo de marketing necessário para estabelecer, manter e realçar o relacionamento com os clientes inclui:

(1) o primeiro contato com o cliente, de forma que o relacionamento existente venha a emergir; (2) a manutenção de um relacionamento existente, de forma que o cliente esteja disposto a continuar a fazer negócios com a outra parte; e (3) o realce de um relacionamento existente, de forma que o cliente decida ampliar esse relacionamento, por exemplo, comprando maiores quantidades ou novos tipos de produto do mesmo vendedor (GRÔNROOS, 1995, p.176).

O estabelecimento do primeiro contato exige uma boa imagem e capacidade de comunicação da empresa. A manutenção e o realce dos relacionamentos com o cliente requerem principalmente o estabelecimento de promessas e o seu cumprimento.

GRÔNROOS (1995) apresenta uma comparação entre o marketing tradicional, que ele chama de marketing de transação, e o marketing de relacionamento:

<u>Estratégia de marketing</u>	<u>Marketing de transação</u>	<u>Marketing de relacionamento</u>
<u>Função dominante do marketing</u>	<u>Dominado pelo marketing mix tradicional</u>	<u>Dominado pelo marketing interativo, mas apoiado nos elementos do marketing mix</u>
<u>Dimensão da qualidade mais</u>	<u>Predomina a qualidade técnica</u>	<u>Predomina a qualidade</u>

<u>importante para uma vantagem competitiva</u>	<u>relacionada a resultados</u>	<u>funcional relacionada a processo, tendo a qualidade técnica em nível aceitável</u>
<u>Sensibilidade a preço</u>	<u>Clientes muito sensíveis a preço</u>	<u>Clientes muito menos sensíveis a preço</u>
<u>Interface entre marketing e outras funções, por exemplo, operações e RH</u>	<u>Limitada ou não existente: interface não tem uma grande importância estratégica</u>	<u>Fundamental; a interface é de importância estratégica</u>
<u>Mercado típico de marketing</u>	<u>Marketing de bens de consumo embalados</u>	<u>Marketing de serviços</u>

Quadro 6.2.1. - Marketing de Transação X Marketing de Relacionamento

Fonte: Adaptado de GRÔNROOS, 1995, p.185

Outra forma de analisarmos o marketing de relacionamento é pelo entendimento de que há mais do que uma única transação ou troca, chamada de transação discreta. Se há mais de uma transação ou o objetivo de que elas se repitam, proporcionando a repetição de encontros, temos uma troca relacional. DWYER; SCHURR; OH (1987) apresentam uma comparação entre as transações discretas, também chamado de marketing transacional, e as transações relacionais, também chamado de marketing de relacionamento, conforme a caracterização das doze dimensões contratuais presentes no trabalho de MCNEIL, apud DWYER; SCHURR; OH (1987).

Elementos contratuais	Transações discretas	Trocas relacionais
Características situacionais		
Período de troca (início,	Início claro, duração curta e	Início remonta a acordos

duração e término da troca)	término nítido com o desempenho	prévios; a troca tem duração mais longa, refletindo um processo contínuo
Número de parceiros	Dois parceiros	Geralmente mais que dois parceiros envolvidos no processo e condução da troca
Obrigações (três aspectos: origens de conteúdo, origens de obrigações e especificidades)	Conteúdo tem origem nas ofertas e as solicitações são simples, obrigações são padronizadas e advêm das crenças e costumes (cumprimento externo)	Conteúdo e origem de obrigações são promessas feitas na relação, aliadas aos costumes e leis; obrigações são customizadas, detalhadas e administradas dentro da relação
Expectativa das relações (especialmente interessadas com os conflitos de interesse, procura de harmonia e problemas potenciais)	Conflitos de interesse e pouca harmonia são esperados, nenhum problema futuro é antecipado, pois o pagamento em dinheiro em troca de um desempenho instantâneo exclui interdependência futura	Conflitos de interesse antecipados e problemas futuros são contrabalanceados pela confiança e esforços de harmonia.
Características do processo		
Relações sociais primárias	Relação pessoal mínima; comunicações semelhantes a um ritual predominam	Ocorrência de importantes satisfações pessoais e não-econômicas; comunicações formais e informais são utilizadas
Solidariedade contratual (regulagem do comportamento de troca para assegurar desempenho)	Governadas por normas sociais, regras, etiquetas e procura de um ganho pessoal	Maior ênfase na auto-regulamentação e na regulamentação legal; satisfações psicológicas causam ajustes internos
Transferibilidade (habilidade	Completa transferibilidade;	Transferibilidade limitada; a

de transferir direitos, obrigações e satisfações a outras partes)	não interessa quem cumpre as obrigações contratuais	troca é altamente dependente da identidade dos parceiros
Cooperação	Nenhum esforço conjunto	Esforços conjuntos são relacionados ao desempenho e planejamento ao longo do tempo; ajustes ao longo do tempo são endêmicos
Planejamento	Foco primário na substância da troca; nenhum futuro é antecipado	Foco significativo no processo de troca; planejamento detalhado das trocas futuras tanto em novos ambientes como para satisfazer objetivos e mudanças; surgem pressupostos tácitos e explícitos
Medição e especificidades	Pouca atenção a medidas e especificações; desempenho é óbvio.	Atenção significativa a mensuração, especificação e quantificação de todos os aspectos do desempenho, incluindo benefícios psíquicos e futuros
Poder	Poder pode ser exercido desde o feitiço das promessas até sua execução	Interdependência crescente aumenta a importância da aplicação sensata do poder de troca
Divisão de benefícios e obrigações	Divisão nítida de benefícios e obrigações em partes; alocação exclusiva aos parceiros	Provável incluir algum compartilhamento de benefícios e obrigações compartilhados e parcelados ao longo do tempo

Quadro 6.2.2. - Comparação entre transação discreta e troca relacional

Fonte: DWYER; SCHURR; OH (1987), p. 13.

DWYER; SCHURR; OH (1987) esclarecem que a percepção da troca nas estratégias de marketing tem sido de um evento discreto, sem passado e sem futuro, quando na verdade representam um processo evolutivo, desenvolvido ao longo do tempo e que atravessa diversas etapas. Acrescentam os autores que o entendimento da troca como um evento discreto separa a transação de tudo mais que possa ocorrer antes, durante ou depois dela. É como se ela não deixasse vestígios de sua existência.

Entendemos que a visão de troca em um evento discreto é a própria negação da existência de um relacionamento, que por sua vez significa algo mais do que simplesmente comprar e vender.

RITTNER (2001) sugere os seguintes elementos básicos como existente no marketing de relacionamento: troca relacional; relação interativa; cumprimento de promessas; orientação para o longo prazo; orientação para a lucratividade de longo prazo; foco na atração, desenvolvimento e retenção dos clientes.

GRÔNROOS (1995) esclarece que:

Ao estabelecer e manter relacionamentos com o cliente, a empresa vendedora concede uma série de promessas com relação, por exemplo, a mercadorias, serviços ou sistemas de bens e serviços, soluções financeiras, administração de materiais, transferência de informações, contatos sociais e uma gama de comprometimentos futuros. Por outro lado, o comprador concede outro conjunto de promessas com relação ao seu comprometimento nessa relação. Depois, as promessas têm que ser mantidas por ambas as partes, se quiserem que o relacionamento perdure e se desenvolva ainda mais para benefício mútuo das partes envolvidas (GRÔNROOS, 1995, p.175).

LEVITT (1985) expõe que “expectativas, e não coisas, são o que as pessoas compram. Compram as expectativas de benefícios prometidos pelo vendedor (p.119). O autor esclarece que as expectativas são fruto das promessas e da conduta, antes de que a venda ou o acordo seja feito.

Isto significa que um prestador deve cumprir o que promete ao consumidor, garantindo a manutenção da confiança e a continuidade do relacionamento. Para poder cumprir, é importante que avalie previamente suas promessas, evitando criar expectativas que certamente serão frustradas, trazendo insatisfação ao cliente. O cuidado com a mensagem, e com todos os

aspectos da comunicação, é fundamental para que o entendimento seja correto e viável de se realizar.

A interação entre a empresa, representada por seus funcionários, e o cliente, é o ponto central do marketing de relacionamento. Apóia-se fortemente na idéia de que interações positivas são as bases para a manutenção dos atuais clientes e a obtenção de novos, por meio da indicação. Desta forma, o marketing de relacionamento, ou interativo, significa que a qualidade de serviço percebida é altamente dependente da qualidade da interação comprador/vendedor. Em outras palavras, a qualidade do serviço está diretamente relacionada com quem o executa. KOTLER e BLOOM (1988) afirmam que isto é facilmente percebido nos serviços profissionais. Os profissionais não podem garantir que satisfarão seus clientes simplesmente porque proporcionam um bom serviço técnico. A interação, aqui entendida como um atendimento - processo de atenção - personalizado, também é responsável pela satisfação proporcionada ao cliente.

LEVITT (1985) acrescenta que existe uma tendência natural dos relacionamentos a uma erosão ou deterioração da sensibilidade e atenção entre as partes, o que o autor chama de entropia. Para que isto não ocorra, sugere que as partes estejam atentas para este fator e desenvolvam ações para manter e realçar o relacionamento.

MCKENNA (1996) menciona: “A criação de relações sólidas e duradouras é uma tarefa árdua, de difícil manutenção. Mas acredito que, em um mundo onde o cliente tem tantas opções, mesmo em segmentos limitados, uma relação pessoal é a única forma de manter a fidelidade do cliente” (p.105).

LEVITT (1985) conclui que “o sucesso em marketing, assim como o sucesso no casamento, traduz-se em um relacionamento inevitável. A interface transforma-se em interdependência” (p.117).

Entendemos que esta interdependência, embora seja bastante desejável, não deve eliminar a existência de trocas voluntárias entre as partes, ou seja, deve ser mantida a liberdade de escolha.

CROSBY; EVANS e COWLES (1990), apud FARAH (1997) mencionam que as futuras oportunidades de vendas dependem principalmente do marketing de relacionamento, baseados na confiança e satisfação do cliente. Existe uma série de atributos desejáveis em um vendedor para estabelecer este relacionamento e os autores citam dois em particular: 1) a perícia, ou a técnica aplicada pelo vendedor, como o uso da comunicação; e 2) a similaridade, ou a

identificação do cliente com o vendedor, pois a qualidade no relacionamento depende diretamente da capacidade do cliente de confiar e contar com a integridade do vendedor.

Se um dos pontos-chaves do relacionamento é o encontro entre as pessoas, a administração de um relacionamento necessita da total colaboração e empenho de todos os funcionários de uma empresa.

LEVITT (1985) esclarece que, para que a interação ocorra e o relacionamento seja sólido, é fundamental investir tempo, entendendo os eventuais problemas e planejando antecipadamente as formas de evitá-los ou solucioná-los. “Procurar o manual do casamento depois que o problema começou é fazê-lo tarde demais” (p.177).

O autor estabelece atitudes positivas e negativas que afetam um relacionamento, como podemos ver no quadro a seguir.

<u>Coisas Boas</u>	<u>Coisas Más</u>
<u>Iniciar telefonemas positivos</u>	<u>Fazer apenas visitas após chamadas</u>
<u>Fazer recomendações</u>	<u>Fazer justificações</u>
<u>Sinceridade na linguagem</u>	<u>Linguagem para acomodar</u>
<u>Usar telefone</u>	<u>Usar correspondência</u>
<u>Mostrar apreço</u>	<u>Esperar por mal-entendidos</u>
<u>Fazer sugestões de serviço</u>	<u>Esperar por pedidos de serviço</u>
<u>Usar “nós” na linguagem de solução de problema</u>	<u>Usar “nos deve” em linguagem legal</u>
<u>Atacar problemas</u>	<u>Somente responder problemas</u>
<u>Usar jargão/ estenografia</u>	<u>Usar comunicações longas e tortuosas</u>
<u>Arejar problemas de personalidade</u>	<u>Ocultar problemas de personalidade</u>
<u>Falar de nosso “futuro juntos”</u>	<u>Falar do bem que houve no passado</u>
<u>Rotinizar o atendimento</u>	<u>Atendimento apressado de emergência</u>
<u>Aceitar responsabilidade</u>	<u>Transferir a culpa</u>
<u>Planejar o futuro</u>	<u>Repetir o que foi feito no passado</u>

Quadro 6.2.3. - Coisas Boas e Más que Afetam Relacionamentos

FONTE: LEVITT, 1985, p.121.

Os itens apresentados mostram que características positivas como sinceridade, boa vontade, empatia, entre outras, expressas em determinados comportamentos, são as que constroem um firme e duradouro relacionamento.

A comunicação é, como já mencionado, outro aspecto chave no relacionamento. LEVITT (1985) sugere que devemos manter um processo contínuo de comunicação com os clientes de serviços, lembrando-os regularmente do que estão recebendo. O autor menciona que, entre outras maneiras de manter relacionamentos, “cartas ou telefonemas periódicos que lembrem ao cliente como as coisas vão indo bem são de baixo custo e poderosamente eficazes” (p.110).

BITNER (1995) resume em cinco aspectos o que entende como base para o marketing de relacionamento, sendo: 1) preocupação da empresa em manter um relacionamento com o cliente a cada encontro; 2) existência de benefício mútuo no relacionamento; 3) atuação focando grupos específicos de clientes; 4) atuação com alta performance dos empregados; e 5) utilização de um adequado e atualizado banco de dados de clientes. O autor acrescenta outro importante aspecto para manter e realçar um relacionamento, que é a existência de informações adequadas e atualizadas sobre a outra parte. As interações ficam mais ricas e possíveis quando sabemos quem é o nosso cliente, como vive, o que valoriza, o que necessita e deseja.

Diversos autores desenvolveram modelos de avaliação e evolução de um relacionamento. RITTNER (2001) menciona alguns destes. O modelo de DWYER, SCHURR E OH (1987) mostra que as relações entre parceiros evoluem por meio de cinco fases distintas: conhecimento, exploração, expansão, compromisso, e dissolução. O modelo de WILSON (1995) apresenta cinco etapas do processo de desenvolvimento da relação: busca e seleção, definição de propósitos, definição de limites, criação de valor, e estabilidade híbrida. O modelo de MOHR e SPEKMAN (1996) mostra como gerenciar as relações para assegurar o sucesso para si e seus parceiros, a partir de três amplas categorias, as quais agrupam diversas características de uma parceria: atributos da parceria (coordenação, compromisso, confiança e interdependência); comportamentos de comunicação (participação, qualidade da comunicação e compartilhamento da informação) e técnicas de resolução de conflitos (solução conjunta de problemas, métodos severos, fuga, arbitragem e persuasão).

Ainda segundo o autor, outros modelos e esquemas de relacionamento são propostos por VAVRA (1993), RAPHAEL e RAPHAEL (1995) e GORDON (1999), e mostram o relacionamento como uma escada de intensificação, com diversas etapas, iniciando no cliente potencial ou provável, que pode ser localizado ou que ouviu falar da empresa, e chegando até o cliente defensor, que recomenda a empresa/produto.

Para o desenvolvimento do que consideramos essencial ao relacionamento médico-paciente, escolhemos o modelo baseado nos achados de MORGAN e HUNT (1994) sobre o peso das

dimensões confiança e compromisso. Este modelo apresenta estas duas dimensões como centrais para o sucesso da empresa, particularmente em uma estratégia de marketing de relacionamento. Como vimos durante todo o desenvolvimento desta Tese, a confiança e o comprometimento entre o médico e o paciente são o campo em que a saúde pode crescer e se desenvolver. São palavras de MORGAN e HUNT (1994):

Nós sustentamos que comprometimento no relacionamento e desenvolvimento de confiança, quando se firmam, permitem relacionamentos: (1) gerando recursos, oportunidades e benefícios que são superiores aos oferecidos por parceiros alternativos; (2) mantendo padrões elevados de valores corporativos e aliando cada um com parceiros externos com valores similares; (3) gerando valiosas informações, incluindo expectativas, inteligência mercadológica e mensuração da performance do parceiro; e (4) evitando maleficência de ter vantagem sobre seu parceiro (MORGAN e HUNT, 1994, p.34).

6.3. O Modelo de MORGAN e HUNT (1994)

MORGAN e HUNT (1994) sugerem que marketing de relacionamento se refere a todas as atividades de marketing direcionadas para estabelecer, desenvolver e manter trocas relacionais bem sucedidas. Podemos perceber a amplitude desta definição, que abrange tudo o que é feito em prol do relacionamento. Os autores estabelecem uma ampla estrutura classificatória para o marketing de relacionamento, tendo a empresa como foco e apontando as diversas relações com quatro grupos: fornecedores, parceiros “laterais”, compradores e parceiros internos.

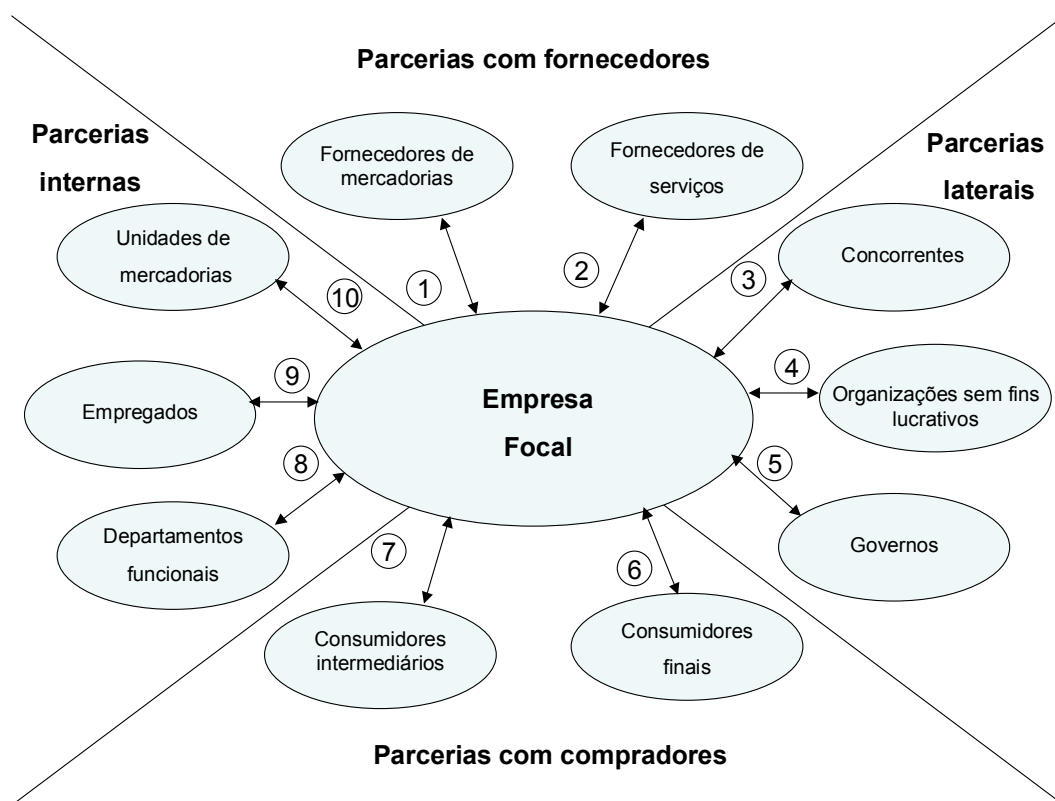


Figura 6.3.1. - As Trocas Relacionais no Marketing de Relacionamento

FONTE: MORGAN e HUNT, 1994, p. 21.

A figura, de acordo com os autores, estabelece dez tipos de marketing de relacionamento que ocorrem por meio de:

- 1) parcerias envolvendo trocas relacionais entre a empresa e seus fornecedores de mercadorias;
- 2) trocas relacionais envolvendo os fornecedores de serviços;
- 3) alianças estratégicas entre a empresa e seus competidores;
- 4) alianças entre a empresa e organizações sem fins lucrativos;
- 5) parcerias para pesquisa e desenvolvimento em conjunto com o governo, em suas diversas esferas;
- 6) trocas de longo prazo entre a empresa e os consumidores finais;
- 7) trocas relacionais de parceiros de trabalho, como em canais de distribuições;
- 8) trocas envolvendo departamentos funcionais da empresa;
- 9) trocas entre a empresa e seus empregados; e
- 10) trocas relacionais internas, envolvendo unidades de negócio da empresa (MORGAN e HUNT, p.21).

Como podemos ver, esta estrutura engloba diversos parceiros com os quais a empresa pode construir relacionamentos. Para compreender estes relacionamentos, MORGAN e HUNT (1994) propõem um modelo que utiliza a confiança e o compromisso como as variáveis-chaves que fazem o papel de mediação entre o que os autores chamaram de antecedentes da relação: custos de término da relação, benefícios da relação, valores compartilhados, comunicação, comportamento oportunista, e cinco resultados da relação – aceitação, propensão de sair, cooperação, conflito funcional e incerteza.

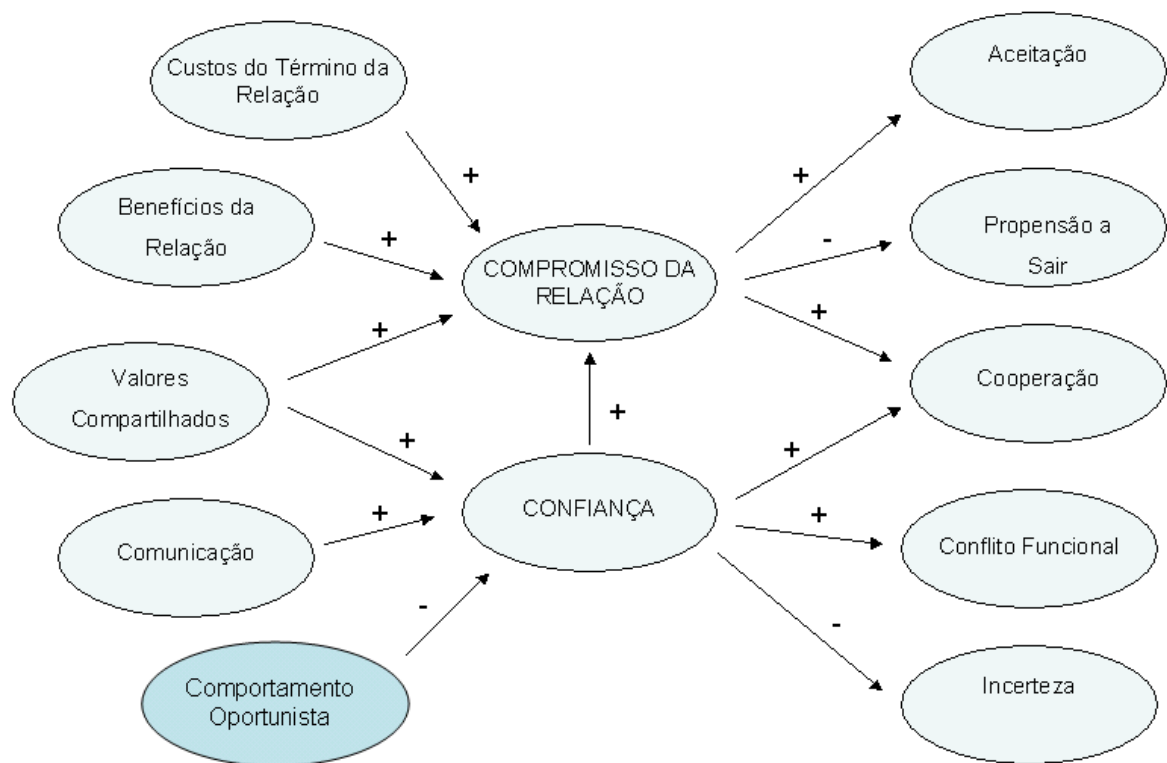


Figura 6.3.2. - As Variáveis Mediadoras Chaves do Marketing de Relacionamento

FONTE: MORGAN e HUNT, 1994, p. 22.

Como pode ser percebido no modelo acima, os sinais positivos e negativos indicam um fortalecimento ou redução, respectivamente, na relação entre as variáveis.

Analisaremos brevemente o significado de cada um dos antecedentes da confiança e do compromisso.

- Os custos de término da relação são todas as perdas que devem ou podem ocorrer caso a relação termine. São geradas pela percepção de ausência de parceiros alternativos com o mesmo potencial e por despesas de dissolução da relação e/ou custos da mudança.
- Os benefícios da relação são todos os benefícios recebidos do parceiro, principalmente nas dimensões lucratividade, satisfação do consumidor e desempenho do produto.
- Os valores compartilhados representam as crenças comuns entre os parceiros sobre comportamentos, metas e diretrizes.

- A comunicação é a principal geradora de confiança e significa o compartilhamento formal e/ou informal de informações significantes e oportunas entre as empresas.
- Comportamento oportunista representa a busca do interesse próprio, sendo orientada para a violação implícita ou explícita de uma promessa sobre um comportamento requerido ou acordado entre as partes.

Como podemos observar no modelo, uma percepção de aumento do custo de término da relação, dos benefícios da relação e dos valores compartilhados gera um aumento no compromisso da relação. O aumento dos valores compartilhados e da comunicação gera um aumento na confiança da relação. Por outro lado, a ocorrência ou o aumento no comportamento oportunista diminui a confiança na relação.

O modelo também considera que um aumento da confiança gera um aumento do compromisso da relação.

Consideraremos de forma resumida a influência das variáveis compromisso e confiança nos resultados apontados pelo modelo.

- Aceitação é o grau com que um dos parceiros aceita ou adere a diretrizes ou políticas específicas do outro.
- A propensão a sair é a probabilidade percebida de que um parceiro terminará a relação num futuro relativamente próximo.
- A cooperação refere-se a situações em que os parceiros trabalham juntos para atingir metas comuns.
- O conflito funcional representa as disputas resolvidas de forma amigável e que previnem a estagnação, estimulam o interesse e a curiosidade e representam uma forma na qual os problemas podem ser debatidos e solucionados.
- A incerteza na tomada de decisão refere-se ao grau de percepção que um dos parceiros tem: sobre a posse de informação suficiente para tomar decisões-chave; sobre sua capacidade de prever as consequências destas decisões; e sobre a existência da confiança que possui nestas decisões.

Novamente observando o modelo de MORGAN e HUNT (1994), percebemos que um aumento de confiança propicia, por um lado, uma elevação na cooperação e no conflito funcional e, por outro lado, uma diminuição na incerteza da tomada de decisão. Da mesma forma, um aumento de compromisso na relação ocasiona um aumento da cooperação e na aceitação, de um lado, e uma diminuição da propensão a sair, de outro.

Os autores definem compromisso com o relacionamento como um crescente desejo de manter um relacionamento valioso. Isto significa que o compromisso só tem sentido se consideramos o relacionamento importante e estamos dispostos a trabalhar para sua manutenção.

A confiança é definida pelos autores como existente quando uma parte está segura sobre a integridade e a confiabilidade do parceiro de troca.

Outra definição de confiança é apresentada por MOORMAN, ZALTMAN e DESHPANDE (1992), apud RITTNER (2001), como sendo “a predisposição em se contar com um parceiro de troca no qual se pode confiar” (p.88). Esta definição traz dois aspectos de tratamento da confiança, sendo:

A confiança vista como uma crença, sentimento ou expectativa sobre a lealdade do parceiro de troca, resultante de intenção, integridade ou competência do companheiro. A confiança vista como comportamento ou intenção de comportamento, refletindo uma fé no parceiro, ou seja, poder contar com ele, envolvendo vulnerabilidade e incerteza por parte de quem confia. Sem a vulnerabilidade, a confiança não é necessária. Da mesma forma, a incerteza é crítica para a existência da confiança. Quando não há vulnerabilidade ou incerteza, não há necessidade de se desenvolver confiança (RITTNER, 2001, p.88).

Assim, segundo os autores, a crença e a intenção de comportamento devem estar presentes para que a confiança exista. MORGAN e HUNT (1994), diferentemente, entendem que, se existe uma verdadeira confiança em um parceiro, a intenção de comportamento já está implícita, não sendo necessário separar a confiança em dois aspectos.

Sobre o processo de formação da confiança, KELLY (1998), apud MIOLA (2001), menciona que “a confiança é uma qualidade peculiar. Ela não pode ser comprada. (...) Ela só pode acumular-se muito lentamente, ao longo de múltiplas interações” (Kelly, 1998, p.161, apud MIOLA, 2001, p.70).

Um aspecto que podemos perceber do modelo confiança-compromisso, conforme aponta RITTNER (2001), é o ciclo de auto-perpetuação ou reforço entre estas duas variáveis. A confiança é um dos antecedentes do compromisso. Como já apontado, quando a confiança cresce, o compromisso também cresce. Entretanto, um compromisso maior aumenta a interdependência entre os parceiros, o que pode ser visto como uma vulnerabilidade ou risco. Em situações de risco, buscamos parceiros em quem confiamos. Assim, a confiança tem uma oportunidade de ser exercida. Por outro lado, se esta confiança não é percebida, a desconfiança surge e diminui o compromisso, diminuindo o próprio relacionamento.

Acrescentamos que o risco é maior quando há falta de informação ou transparência. Para que haja menor risco, a informação deve ser fornecida. A transparência permite que se veja como o parceiro funciona, aumentando a expectativa de que ele agirá de determinada forma, diminuindo a incerteza e aumentando a confiança.

Entendemos também que a confiança é a chave para o compromisso, e que o compromisso exige cada vez mais confiança, fazendo com que esta equação tenha sempre um excelente resultado: um verdadeiro relacionamento.

MORGAN e HUNT (1994) acrescentam que compromisso e confiança são fundamentais porque encorajam os profissionais de marketing a:

- 1) Trabalhar para preservar os investimentos da relação, cooperando com os parceiros de troca;
- 2) Resistir às atraentes alternativas de curto prazo em favor de benefícios esperados de longo prazo, permanecendo com os parceiros atuais;
- 3) Ser prudente, percebendo as ações com potencial de alto risco e acreditando que os parceiros não irão agir de maneira oportunista.

Concordamos com os autores e estendemos estas observações ao médico.

6.4. Marketing de Relacionamento e o Médico

Os médicos são agentes prestadores de serviços dentro da área de saúde, sendo um serviço comprado e vendido, independentemente se vier de uma instituição pública ou privada, já que alguém, direta ou indiretamente, paga pelo serviço. Isto significa que o marketing tem espaço e função dentro da área médica.

Conforme o estudo de MACHADO (1997), cerca de $\frac{3}{4}$ dos médicos possuem atividade, ao menos parcial, em consultório, onde existe uma maior autonomia de ação. Eles são os únicos responsáveis por atrair e manter os pacientes, diferentemente, por exemplo, quando da atuação em hospital, na qual têm, pelo menos em parte, o suporte da instituição para a obtenção dos pacientes. Sendo assim, é muito grande o número de médicos que se utilizam ou podem utilizar ações de marketing e comunicação com seus pacientes, bem como definir esta forma de utilização, o que justifica a importância do conhecimento e da consciência de suas implicações éticas.

Entretanto, como já ressaltamos, a visão de marketing aplicada a estes profissionais ainda não pode ser considerada como totalmente desenvolvida, devido a pelo menos duas razões: 1) falta de formação em marketing pelos seus profissionais; 2) preconceito em relação a esta

matéria, sendo vista, particularmente por uma parcela da classe médica, como algo “mercantilista” e não adequada à “nobre” área da saúde.

Estes dois itens têm sofrido algumas mudanças. Por um lado, a formação dos profissionais começa a ser completada com cursos sobre marketing oferecidos em alguns congressos médicos, ou por universidades e empresas especializadas. Por outro lado, parte do preconceito tem diminuído, por uma constatação das regras de mercado (como maior exigência por parte dos pacientes, maior concorrência, entre outras), e como fruto de uma discussão a respeito do tema. Isto significa que o uso de técnicas e ferramentas de marketing tende a aumentar no setor de saúde.

O desconhecimento do médico sobre marketing, por não ter formação nem um histórico de uso e de análise, pode implicar uma utilização inadequada de suas ferramentas, particularmente sobre o ponto de vista ético. Mesmo não sendo foco desta Tese, o conhecimento a respeito do marketing pode ser útil para uma melhor compreensão dos causadores de eventuais transgressões éticas.

Como propaga QUEST (1998a), o marketing - suas ferramentas -, “pode ser usado para o bem ou para o mal, ou seja, ele é apenas um conjunto de técnicas que, como tais, podem ser empregadas de várias formas” (p.8). Complementa mencionando que “o Marketing ético e bem feito não contradiz os preceitos da boa prática médica ou odontológica. Pelo contrário, ele os complementa” (QUEST, 1998b, p.11). O marketing, com seu estudo do comportamento humano, por exemplo, pode ajudar a entender e atuar de forma a incentivar hábitos de prevenção.

FARAH (2001) mostra a importância da comunicação para o sucesso profissional do médico, já que ela é a base para uma tangibilização e diferenciação do serviço. No entanto, estabelece também que, “obviamente, o médico tem de respeitar os limites de qualquer tratamento médico, esclarecendo ao paciente os seus riscos” (p.105). Unir a intenção e a necessidade de se tornar conhecido e ser visto como uma real alternativa na prestação de um serviço, sem deixar de atuar eticamente, respeitando os limites, é um dos grandes desafios da classe médica no uso do marketing.

A contribuição pretendida para esta Tese é exatamente ajudar a levantar os aspectos éticos que devem nortear a atuação do profissional quando este utiliza o marketing, e fornecer subsídios para melhor compreensão e análise do seu comportamento e da forma como entende estas questões. Assim, guiado pela ética, o marketing será uma ferramenta que ajudará na construção de relacionamentos.

Entendemos que a confiança e o compromisso da relação são efetivamente as variáveis mediadoras do marketing de relacionamento. Como requisito para a existência da confiança, encontramos a ética. Afinal, pela própria definição de confiança, é o que mais nos deixa seguros sobre a integridade e a confiabilidade do parceiro de troca: o fato de ele efetivamente definir suas ações pautado na ética. Assim, a ética do médico é a balizadora para a confiança do paciente, que por sua vez é quem sustenta o compromisso da relação.

A ética deve ser o grande direcionador do que se oferece e do que se compra, valendo tanto para o médico como para o paciente. Reafirmamos nossa visão de que isto deve ser feito principalmente por meio de uma maior consciência dos fatores envolvidos, e menos por determinações legais, embora elas sejam importantes e necessárias em determinados casos.

A importância da confiança é também apontada por GUIA (2001):

Os conflitos éticos entre médico e pacientes raramente se estabelecem quanto ambos desenvolvem uma relação médico-paciente em bases de confiança mútua; e que esta confiança toma, quase que obrigatoriamente, o desenvolvimento da história clínica como uma expressão incontestável do interesse e da dedicação do médico para com seu paciente (GUIA, 2001, p.206)

A autora aponta claramente a importância da relação médico-paciente e a presença de um processo de comunicação que permita um levantamento e acompanhamento da história clínica do paciente, com ciência deste sobre isto, nos seus mais diversos aspectos, como anamnese e exame físico completos, perguntas sobre hábitos, sintomas, sentimentos, preocupações e entendimentos, registro dos resultados de exames e melhoras/pioras, entre outros.

DIMATTEO (1994), apud MIOLA (2001), dá algumas referências sobre o comportamento do paciente, mostrando que, de forma geral, aproximadamente 40% dos pacientes de qualquer médico não cumprem as recomendações prescritas e pelo menos 38% dos pacientes não seguem os tratamentos considerados de curto prazo. Cita ainda que, quando o tratamento implica em mudanças referentes ao estilo de vida, tais como a prática de exercícios ou novos hábitos alimentares, mais de 75% dos pacientes não se dispõem a mudar.

Entendemos que apenas um relacionamento próximo do médico com o paciente pode ser capaz de mudar este quadro, com foco na troca relacional, cheio de confiança e compromisso mútuos, transbordante em comunicação pertinente e com um ingrediente especial: um genuíno interesse recíproco do melhor para si e para o outro.

Mais um aspecto importante no relacionamento é a capacidade de perceber as necessidades da outra parte e o esforço em supri-las ou justificá-las adequadamente.

BUAIRIDE (2000) realizou uma pesquisa com uma amostra não probabilística de 16 médicos e 40 pacientes, sendo mais de 90% usuários de sistemas pagadores ou convênios, e comparou as opiniões destes dois grupos, assinalando a existência ou não de gaps ou conformidade entre as opiniões.

Alguns achados da autora revelaram que:

- O paciente percebe uma consulta rápida e impessoal, enquanto o médico afirma que “o tempo que destina ao seu cliente é suficiente para levantar todas as informações necessárias para um bom prognóstico” (p.131).
- Ambos afirmaram que a percepção de competência do médico é evidenciada pelo diálogo, pela transmissão de informações entre ambas as partes.
- O paciente percebe uma falta de explicações fornecidas pelo médico sobre a sua saúde e a atenção que lhe é dada quando lhe explica o seu estado de saúde. “O procedimento dos médicos em solicitar vários exames sem antes dialogar com seu cliente sobre sua saúde lhes dá a impressão de pressa e distanciamento” (p.139). Os médicos, por outro lado, afirmam que seus pacientes estão satisfeitos com as informações fornecidas sobre a sua saúde.
- O paciente percebe um foco excessivo na solicitação de exames para, mediante os resultados, receitarem-se remédios. Sente falta do exame físico e da avaliação clínica, enquanto o médico percebe a importância deste tipo de exame e avaliação e reconhece que não está sendo realizado adequadamente.

Estes achados demonstram que há uma distância significativa entre a percepção do paciente e a do médico, o que certamente gera prejuízo e interferência na relação. Outro fator é a falta de maior confiança no médico, além de um limitado compromisso de ambos na relação. Este é mais um motivo para o médico investir em uma relação mais próxima, com levantamento contínuo da percepção e da satisfação do paciente.

MIOLA (2001) menciona que “a exigüidade de tempo, na grande maioria das consultas, é um dos fatores mais relevantes que dificultam a orientação adequada ao paciente” (p.32). Planejar seu processo de atendimento para dedicar tempo ao paciente é um dos aspectos básicos para o estabelecimento de um relacionamento.

Concordamos com GUNDLAACH e MURPHY (1993) quando esclarecem que a “ética oferece o direcionamento para comportamentos de troca, enquanto permite a flexibilidade necessária para sustentar as trocas relacionais” (p.39, tradução do autor).

A ética serve como um filtro, evitando que se perca toda a dimensão das partes no relacionamento. Além disto, e como já apontamos, a ética tende a ser desejada pelo parceiro

ou paciente.

URDAN (2003) menciona que há pouca pesquisa empírica sobre a real predisposição do consumidor em efetivamente comprar mais de quem é mais ético, sendo que a maior parte das pesquisas ocorreu apenas recentemente e no exterior. Explica o autor que, nestes estudos, a ética é posicionada como uma dimensão da “responsabilidade social da empresa”. “Nesta linha, há os estudos clássicos de: a) McGUIRE, SUNGREN & SCHNEEWELS (1988), constatando a correlação entre os dois constructos; b) AUPPERLE, CARROLL, HATFIELD (1985), concluindo pela ausência desta correlação” (p.9). Entretanto, conforme menciona VELASQUEZ (1998), apud URDAN (2003), não existe trabalho científico sugerindo que a ética seja prejudicial aos lucros.

Em pesquisa realizada no Brasil, URDAN (2003) encontrou resultados que mostram um alto grau de importância atribuído ao comportamento ético nas empresas e de propensão a recompensar o comportamento ético empresarial.

Os resultados da referida pesquisa não mostraram uma tendência dos consumidores no sentido de aceitar pagar mais caro pelos produtos e serviços das empresas consideradas mais éticas. “Todavia, mesmo com esses consumidores não se dispondo a pagar mais caro, pode uma empresa ética usufruir vantagem no mercado cobrando o mesmo preço de concorrentes por ofertas semelhantes, porém obtendo a preferência dos consumidores” (p.145).

Entendemos que, quanto mais a Ética estiver clara como fio condutor das ações de marketing, menos dificuldades haverá para que um médico desempenhe seu papel com totalidade. Não podemos nos esquecer de que, para exercer seu papel, ele precisa de pacientes. O marketing pode apresentar sua contribuição neste sentido.

Capítulo 7 - Assertivas para a ação do médico

A partir da revisão bibliográfica e do nosso posicionamento, apresentamos algumas assertivas que poderão servir como referência ao médico, unindo diferentes facetas relacionadas com suas responsabilidades, seus aspectos psicológicos e do paciente, o uso do marketing de relacionamento e o direcionamento pela ética de todas as suas ações.

Não temos aqui a pretensão de construir uma norma ou obrigação de ser ou agir do médico (como em uma visão kantiana ou deontológica), nem de estabelecer todas as qualidades ou virtudes que deveriam estar presentes neste profissional. Temos apenas a intenção de contribuir para com o médico, por meio de algumas assertivas que permitam sua reflexão sobre o que significa agir eticamente, com consciência das principais variáveis envolvidas no desempenho do seu papel, particularmente as tratadas nesta Tese.

As idéias condensadas em tais assertivas referem-se a um médico completo, composto por determinadas características que ele tem, ou busca, para facilitar sua ação ética. Também englobam ações específicas que ele deve realizar. A este médico completo e ético denominamos ser médico, simbolizando um médico que possui ou busca o melhor para o paciente e para si, ajudando no caminho rumo à saúde e à felicidade. É um profissional comprometido em ser médico, com todas as atitudes adequadas para oferecer o seu melhor para o paciente. Não é perfeito, mas busca esta perfeição, aceitando suas limitações e, ao mesmo tempo, tomando atitudes para superá-las.

As assertivas são:

- Um ser médico tem a capacitação técnica médica necessária e atualizada para o diagnóstico e tratamentos que se propõe a realizar no paciente, envolvendo conhecimentos de sua área e da Medicina em geral.
- Um ser médico assume e compreende toda a responsabilidade pelo que faz em sua atuação profissional.
- Um ser médico descobre e cultiva um sentido de vida claro para si mesmo.
- Um ser médico reconhece e atua considerando as dimensões: física, mental, social e espiritual, enquanto influenciadoras da saúde do paciente.

- Um ser médico reconhece e esclarece a responsabilidade do paciente quanto à sua saúde, em todas as suas dimensões: física, mental, social e espiritual.
- Um ser médico tem uma atitude humilde frente a seu paciente e a si mesmo, avaliando constantemente as suas ações e consequências das ações em relação ao paciente.
- Um ser médico avalia constantemente os seus pensamentos, emoções e desejos em relação ao paciente.
- Um ser médico está atento e aberto para investigar e refletir sobre os seus conflitos internos e sobre os seus aspectos inconscientes.
- Um ser médico está atento e aberto para ajudar e direcionar o paciente a perceber seus próprios conflitos.
- Um ser médico está aberto para ouvir o paciente e perceber suas necessidades e angústias.
- Um ser médico é seguro para ser transparente em suas ações e falar a verdade com o paciente.
- Um ser médico reconhece a importância da comunicação e desenvolve um processo de comunicação adequado ao paciente.
- Um ser médico respeita plenamente a autonomia do paciente.
- Um ser médico reconhece a importância do compromisso e da confiança no relacionamento com o paciente.
- Um ser médico é íntegro, alinhando suas palavras, seus pensamentos e suas ações.

- Um ser médico compreende que o amor e a compaixão são ingredientes indispensáveis no relacionamento com o paciente.

Essas assertivas podem ter um impacto direto sobre as ações do médico. Sugerimos a seguir algumas ações específicas complementares, decorrentes das assertivas e que, ao menos parcialmente, foram abordadas em nossa pesquisa. Procuramos traduzir essas assertivas em comportamentos a serem observados, configurando-se em uma normatização da conduta:

- O médico deve oferecer ao paciente todas as informações sobre a sua doença, suas prováveis causas e evolução, os tratamentos disponíveis, os riscos de não tratar adequadamente, os riscos e consequências de cada tratamento e os cuidados com a manutenção e prevenção, inclusive os retornos periódicos.
- O médico deve mostrar ao paciente a sua responsabilidade em relação: a ter tido aquela doença, quanto à escolha e decisão de que tratamento seguir e do seu comprometimento com o tratamento.
- O médico deve deixar o paciente escolher e decidir expressamente o seu tratamento, ainda que sua escolha seja a de que o médico decida por ele.
- O médico deve comunicar-se com verdade e transparência, admitindo eventuais erros ou limitações de sua atuação, falando o que pensa sobre ser importante ao paciente, ouvindo tudo o que o paciente tem a lhe dizer, além de esclarecer como funciona seu trabalho, o atendimento médico e os direitos e obrigações do paciente.
- O médico deve estabelecer condições para dedicar o tempo necessário ao atendimento do paciente, planejando previamente e direcionando este processo, equacionando sua dedicação com as condições e fatores reais da prática médica, como regras do local de trabalho e remuneração, inclusive adotando ações para mudar as eventuais limitações existentes.
- O médico deve obter o consentimento expresso do paciente para a realização de qualquer tratamento.

- O médico deve conhecer os temas da Ética e da Bioética, bem como as suas implicações na relação com o paciente, buscando refletir constantemente sobre esta temática, seja por leitura, seja por participação em eventos e grupos de discussão.
- O médico deve se dedicar a um conhecimento mais aprofundado de si mesmo, utilizando um processo reflexivo que pode ou não contar com a ajuda de outros profissionais, como psicólogo ou psiquiatra, ou também interagir em grupos de estudos sobre o tema.
- O médico deve ajudar ao paciente a assumir a responsabilidade por sua própria saúde, a se conhecer melhor e a buscar um sentido de vida.
- O médico deve manter uma atitude humilde e estar atento para os sentimentos, necessidades e angústias do paciente.
- O médico deve estabelecer uma relação de confiança e de compromisso com o paciente, atuando e sendo percebido como um profissional ético e preocupado com o melhor para o paciente.
- O médico deve ser íntegro, fazendo o que fala e pensa. Isto também significa cumprir todas as suas promessas ao paciente.

Capítulo 8 - Pesquisa de Campo

8.1. Metodologia

A elaboração das hipóteses da Tese teve como base o entendimento de que a ética é fundamental para o médico. Desta forma, nos pareceu importante conhecer como está a relação do médico com a ética. Há pelo menos três questões importantes quando estudamos a existência, aplicação e influência da ética nas ações deste profissional:

- 1) O médico é ético com o paciente?
- 2) O médico tem conhecimento sobre a ética?
- 3) O médico coloca o conhecimento ou aprofundamento sobre ética como uma de suas prioridades?

Somente quando somos capazes de conhecer a nossa realidade é que podemos mudar, pois com a consciência dos fatos podemos exercer o nosso livre arbítrio, escolher o que queremos ser e onde ir. Assim, o objetivo maior da pesquisa foi o de orientar futuras formas de esclarecer ao médico sua realidade, facilitando uma auto-percepção, uma reflexão e uma ação direcionada pela Ética. Com a pesquisa procuramos responder, ao menos parcialmente, a essas questões.

A pesquisa foi descritiva, com um levantamento sobre a ética e suas aplicações no relacionamento médico-paciente. Efetivamente, duas pesquisas de campo foram realizadas, sendo uma com médicos e a outra com pacientes, com questionários semelhantes. A pesquisa com pacientes serviu de base para comparação entre as percepções de cada parte.

Ao elaborar o instrumento de coleta de dados da pesquisa, não encontramos outro estudo semelhante, particularmente com médicos ou pacientes, que indicasse uma escala validada para os constructos da Tese – Ética enquanto respeito à autonomia do paciente e honestidade no discurso, conhecimento sobre Ética e prioridade para o estudo da Ética – e as hipóteses entre eles aqui formuladas.

Embora não sejam novos conceitos, particularmente sobre o comportamento ético do médico, não encontramos definições operacionais e escalas. Assim temos uma limitação do nosso estudo frente à mensuração destes constructos. Dado o caráter multidisciplinar do tema, não foi possível verificar as escalas aqui propostas quanto à sua confiabilidade, validade e possibilidade de generalização.

MALHOTRA (2001) esclarece que a confiabilidade se refere ao grau com que uma escala produz resultados consistentes, quando se fazem medições repetidas da característica. Validade mostra se as diferenças em escores observados na escala refletem as verdadeiras

diferenças entre objetos, em relação ao que está sendo medido, e não apenas erros sistemáticos ou aleatórios, ou seja, quanto o instrumento mede aquilo que deve ser medido. Possibilidade de generalização indica até que ponto um estudo, que foi baseado em uma amostra, pode ser aplicado a toda a população.

Embora reconheçamos esta limitação, consideramos nesta Tese uma pesquisa descritiva inicial, com as dificuldades de mensuração correspondentes. Uma situação concreta foi a não utilização de medidas paramétricas em parte do questionário. No levantamento sobre o respeito à autonomia, por exemplo, utilizamos uma medida com quatro respostas, sendo:

- 100% dos casos
- mais de 50% dos casos
- menos de 50% dos casos
- 0% dos casos.

Este formato foi escolhido em função de, durante o trabalho inicial de formulação do questionário, encontrarmos dificuldades determinar o percentual de pacientes com os quais o médico age de determinada forma. Entendemos que os erros seriam maiores se oferecêssemos uma escala simplificada.

Nesta pesquisa também tivemos o objetivo de levantar o posicionamento do médico e do paciente frente a diversas questões identificadas durante nossa revisão bibliográfica. Embora elas não constituíssem hipóteses formalmente elaboradas, podem servir como base para futuros estudos.

A amostra da pesquisa com médicos foi caracterizada como uma amostra não probabilística por conveniência, sendo esta a opção devido a três fatores: disponibilidade de recursos financeiros, tamanho da população e dificuldade de resposta do médico. Na pesquisa com médicos foram utilizados três envios de questionários via correio e a distribuição de questionários durante uma jornada de atualização em Medicina. Especificamente, foi realizado um primeiro envio, nos meses de abril e maio de 2004, para cerca de 100 médicos relacionados, direta ou indiretamente, ao autor desta Tese. Um segundo envio foi feito com 3000 questionários para médicos aleatórios do Estado de São Paulo, em junho de 2004, proveniente de um banco de dados geral, disponível no mercado. Um terceiro envio, de 1000 questionários, foi feito no início de julho de 2004 para médicos que atuam no Hospital Alemão Oswaldo Cruz¹⁴. Do primeiro envio obtivemos 21 questionários respondidos válidos.

¹⁴ Para a realização da pesquisa com os médicos que atuam no Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC - foi necessária a submissão e aprovação da pesquisa pela Comissão de Ética em

Do segundo foram 66 questionários válidos e do terceiro 95 questionários válidos. No segundo e terceiro envios, o questionário possuía uma carta-resposta com porte pago. Na Jornada de Atualização em Cardiologia realizada pela Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo nos dias 10 a 14 de julho de 2004 foram distribuídos cerca de 800 questionários, 276 questionários respondidos válidos. Todos os questionários exigiam não identificação.

O envio inicial se mostrou insuficiente. Um vínculo com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e com a SOCESP permitiram um aumento da amostra. Nestes dois casos havia uma identificação do apoio da instituição na carta que acompanhava o questionário.

A amostra da pesquisa com pacientes é caracterizada como uma amostra não probabilística por conveniência, sendo esta a opção devido a dois fatores: disponibilidade de recursos financeiros e tamanho da população. Na pesquisa com pacientes foi efetuado um envio de questionários para todas as pessoas que trabalham em um edifício comercial localizado na cidade de São Paulo, e outro envio, por e-mail, do questionário ao banco de dados do autor desta Tese, de amigos e dos alunos e professores da pós-graduação da FGV-EAESP.

A elaboração do questionário foi realizada em quatro etapas. Primeiro, foi realizado um levantamento sobre que aspectos deveriam ser avaliados, para responder às hipóteses da Tese. Depois, foi feita uma pesquisa exploratória, com um questionário semi-estruturado, com 23 médicos. Um terceiro passo foi a elaboração do questionário para a pesquisa quantitativa. O último passo foi o envio do questionário para alguns professores de Bioética e a realização de um pré-teste.

As cópias dos questionários estão nos apêndices desta Tese.

8.2. Definição das hipóteses

Como toda investigação científica, existem algumas hipóteses iniciais que a orientam e que devem ser rejeitadas ou não durante a sua elaboração. Como o próprio tema desta Tese indica, partimos do princípio de que a ética influencia as ações de marketing dos médicos. Desta forma, e como primeiro passo, decidimos estudar três hipóteses que iniciam esta lógica, ou seja, em relação à eticidade do médico (no respeito à autonomia do paciente e em sua comunicação com o paciente), ao seu conhecimento e ao seu interesse sobre Ética. Assim, estas foram as hipóteses:

Pesquisa do HAOC. Conforme acordo estabelecido com esta comissão, os dados dos médicos do HAOC não podem ser divulgados separadamente, impossibilitando eventuais segmentações nesta Tese.

Hipótese 1:

O médico não é totalmente ético com o paciente no seu relacionamento e comunicação.

Esta é a hipótese central desta Tese. Isto significa que os médicos, por desconhecimento da ética, por falta de consciência, por pressão de mercado ou por busca de resultados financeiros, entre outros motivos, não atuam de forma totalmente ética no que tange ao respeito à autonomia do paciente e na sua comunicação e relacionamento com o paciente. O motivo de não ser completamente ético faz parte das reflexões a que nos propomos nesta Tese. Não tivemos a intenção de gerar conclusões inquestionáveis sobre estas indagações, mas levantar sua importância para que se incentive sua existência. Partimos do pressuposto de que somente o real conhecimento da ausência ou existência da ética pode construir um caminho para a sua busca.

Ser totalmente ético, no contexto desta Tese, significa que o médico age sem falhas na comunicação, na informação e no suporte à decisão, não limitando ou restringindo o paciente no exercício do seu direito à autonomia, ou seja, o de escolher o que ele deseja em relação ao seu tratamento e comportamento, ciente do que isto significa, como todas as principais consequências e implicações, e de sua responsabilidade. Para que o médico seja ético, entendemos que deve haver verdade e transparência nas suas palavras e ações.

Esta tese central, do que significa o médico ser ético na relação com o paciente, é o que direciona toda a reflexão sobre a Ética, a responsabilidade, o marketing de relacionamento e a influência de aspectos psicológicos no comportamento do médico e do paciente.

Hipótese 2:

O médico possui pouco conhecimento sobre ética e suas implicações na relação com o paciente.

Esta hipótese aponta para a falta de conhecimento do médico sobre o tema da ética e todas as suas implicações na relação com o paciente, particularmente nos aspectos que envolvem relacionamento e comunicação.

O fato de o médico possuir pouco conhecimento sobre Ética está supostamente relacionado com seu baixo envolvimento com o estudo e entendimento do tema, ou seja, com o seu esforço e investimento de tempo para obter este conhecimento.

Embora sejam feitas as devidas reflexões, esta Tese não tem em seu escopo a pretensão de verificar a hipótese de que é a falta de conhecimento que leva o médico a ser anti-ético, acreditando que um estudo mais focado seja necessário para este fim.

Hipótese 3:

O médico não prioriza o estudo da ética e de suas implicações na relação com o paciente.

Esta hipótese supõe que o médico não coloca o estudo da ética como algo a ser feito no curto prazo, ou seja, como prioridade. Em parte esta hipótese foi construída com base na hipótese anterior, ou seja, de que o médico não conhece profundamente sobre Ética e, ainda assim, não a coloca como prioridade. Embora tenha sido feita esta relação entre o médico não conhecer em profundidade sobre Ética e não a colocar como prioridade, esta hipótese tem vida própria, podendo ser aceita ou não independentemente da hipótese anterior.

A verificação desta hipótese pode trazer uma importante contribuição para o direcionamento dos esforços de percepção e de educação do profissional.

Outras hipóteses poderão surgir, como consequência das reflexões sobre a literatura existente e dos dados das pesquisas, mas elas não são o foco central desta Tese.

O trabalho de pesquisa foi direcionado para a confirmação ou não destas três hipóteses, e para o levantamento das incoerências no conhecimento, percepção e consciência dos médicos, as quais têm impacto sobre suas ações de marketing. Com estes dados esperamos que seja possível, por meio desta Tese, trazer uma contribuição para a disseminação do conhecimento e da tomada de consciência dos seus atos.

A primeira hipótese também será confrontada com as opiniões obtidas na pesquisa realizada junto aos os pacientes.

Operacionalização dos constructos da pesquisa com médicos

A mensuração de cada uma das hipóteses necessita de uma operacionalização por meio de uma definição mais precisa do que consideramos como integrantes de cada constructo que pretendemos verificar, bem como a escala a ser utilizada.

Os constructos principais para esta pesquisa são: autonomia do paciente, honestidade na comunicação do médico, conhecimento do médico sobre ética, e ética como uma prioridade para o médico.

Não foi nosso objetivo encontrar todos os parâmetros possíveis para cada um destes constructos. A existência de alguns deles pode ser considerada suficiente para a confirmação ou não das hipóteses.

O constructo autonomia do paciente foi definido como o fornecimento e o esclarecimento ao paciente de todas as informações importantes sobre: 1) O que é a sua doença e suas causas prováveis; 2) A provável evolução da doença; 3) Todos os tratamentos disponíveis para aquela doença; 4) Os riscos e as conseqüências de cada um dos tratamentos disponíveis; 5) Os riscos existentes de não se tratar adequadamente da doença; 6) A responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença; 7) A responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que ele escolhe para aquela doença; e, 8) A responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença.

O constructo autonomia do paciente também foi definido como a decisão do paciente ou de sua família, independentemente ou em conjunto com o médico, sobre a realização do tratamento.

O constructo honestidade na comunicação do médico é a presença da verdade e da transparência em suas palavras e ações. Nesta Tese ela foi definida como: 1) admitir eventuais erros ao paciente; e, 2) esclarecer ao paciente caso haja diferença de dedicação de tempo entre o atendimento ao paciente particular e o atendimento ao paciente de convênio.

O constructo conhecimento do médico sobre ética foi definido como: 1) ter lido algum livro sobre ética, bioética ou ética médica, antes ou depois da graduação em Medicina; 2) conhecer a última versão do código de ética médica; 3) participar de grupos ou fóruns sobre ética médica; e, 4) ter participado de algum curso sobre ética.

O constructo ética como uma prioridade para o médico foi definido como sendo uma intenção de se dedicar, em um futuro próximo, a: 1) leitura de livros sobre ética, bioética ou ética médica; 2) leitura do Código de Ética Médica; 3) participar de um curso sobre ética, bioética ou ética médica; e, 4) participar regularmente de grupos ou fóruns sobre ética médica. A prioridade foi definida como algo que pretendemos realizar nos próximos três meses.

Outros dados levantados na Pesquisa

A partir da revisão bibliográfica, outros dados foram levantados na pesquisa com médicos e pacientes, com o objetivo de auxiliar as reflexões sobre o que pode ajudar o médico a ser mais ético - que atitudes tomar - e o que contribui para que ele seja menos ético. Estas reflexões recaíram sobre variáveis que podem ser mais ou podem ser menos controláveis pelo médico.

A pesquisa com o paciente também colaborou para a reflexão sobre as ações do médico, além de servir como instrumento para a comparação entre a percepção do médico e a do paciente. Esta diferença ou semelhança de percepções tem uma implicação direta no relacionamento.

8.3. Respostas da pesquisa de campo

Optamos por apresentar e comentar os dados das duas pesquisas conjuntamente. Os quadros e os gráficos específicos de cada pesquisa estão no apêndice. Apresentamos a seguir os resultados comparativos entre as respostas dos médicos e dos pacientes.

Algumas questões foram realizadas em blocos. Como seus resultados estão interligados, escolhemos comentar todo o grupo de questões, ao invés de fazer isto individualmente. Isto será feito no início do bloco de perguntas.

Também optamos em apresentar os quadros e gráficos para cada questão, facilitando tanto a percepção numérica quanto a visual.

Em relação às informações importantes que o médico esclarece aos seus pacientes, podemos perceber uma significativa diferença entre a percepção do médico e a do paciente em relação às informações que o médico fornece e o que o paciente percebe. Esta diferença pode ser vista em todas as tabelas e gráficos seguintes que mostram o esclarecimento do médico sobre: o que é a sua doença e suas causas prováveis; a provável evolução da doença; todos os tratamentos disponíveis para aquela doença; os riscos e conseqüências de cada um dos tratamentos disponíveis; os riscos existentes de não se tratar adequadamente da doença; a responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença; a responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que ele escolhe para aquela doença; e, a responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença a doença e suas causas prováveis.

A comparação das respostas indica que os médicos afirmam informar mais do que os pacientes afirmam receber de informações sobre cada um dos aspectos perguntados.

Distribuição de freqüência com que o médico esclarece aos pacientes sobre todas as informações importantes sobre:

Tabela 8.3.1A - O que é a sua doença e suas causas prováveis

Respostas	Médico	Paciente
Em 100% dos casos	65,41%	38,46%
Em mais de 50% dos casos	33,92%	40,56%
Em menos de 50% dos casos	0,67%	20,28%
Em 0% dos casos	0,00%	0,70%
Total	100,00%	100,00%

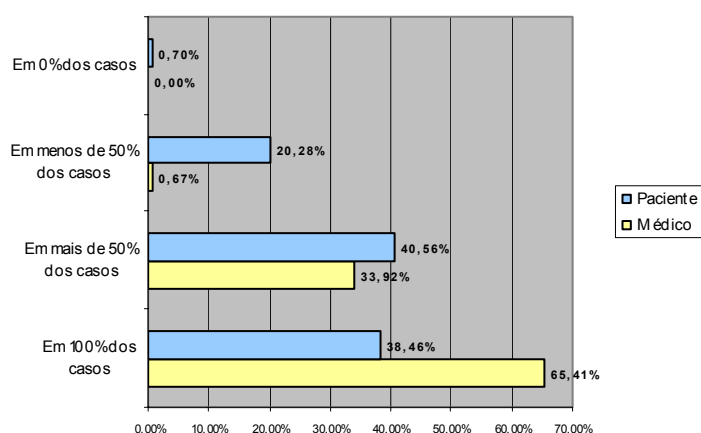


Gráfico 8.3.1A - O que é a sua doença e suas causas prováveis

Nota-se que apesar da declaração dos médicos em esclarecer sobre a doença e suas causas prováveis (65,41% dos mesmos afirmam fazê-lo em 100% dos casos) esta não é a percepção dos pacientes (apenas 38,46% percebem esta incidência para 100% dos casos).

Tabela 8.3.1B - A provável evolução da doença

Respostas	Médico	Paciente
Em 100% dos casos	47,67%	33,33%
Em mais de 50% dos casos	46,78%	43,26%
Em menos de 50% dos casos	5,54%	21,28%
Em 0% dos casos	0,00%	2,13%
Total	100,00%	100,00%

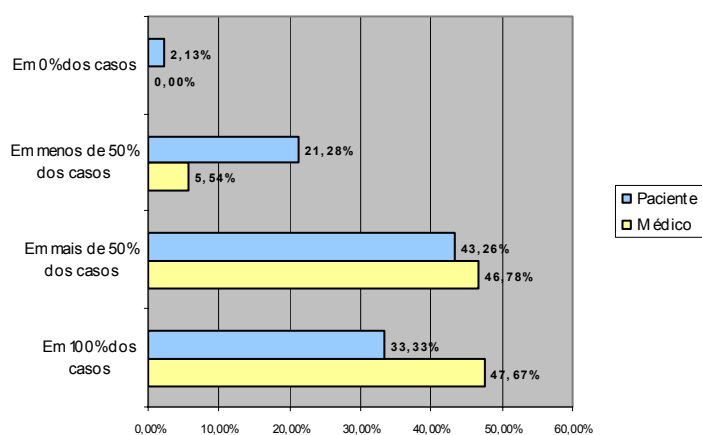


Gráfico 8.3.1B - A provável evolução da doença

A percepção dos médicos e pacientes é um pouco mais próxima nesta questão, embora a percepção dos pacientes sobre as informações que recebe do médico seja menor.

Tabela 8.3.1C - Todos os tratamentos disponíveis para aquela doença

Respostas	Médico	Paciente
Em 100% dos casos	55,70%	28,37%
Em mais de 50% dos casos	33,78%	29,79%
Em menos de 50% dos casos	10,07%	37,59%
Em 0% dos casos	0,45%	4,26%
Total	100,00%	100,00%

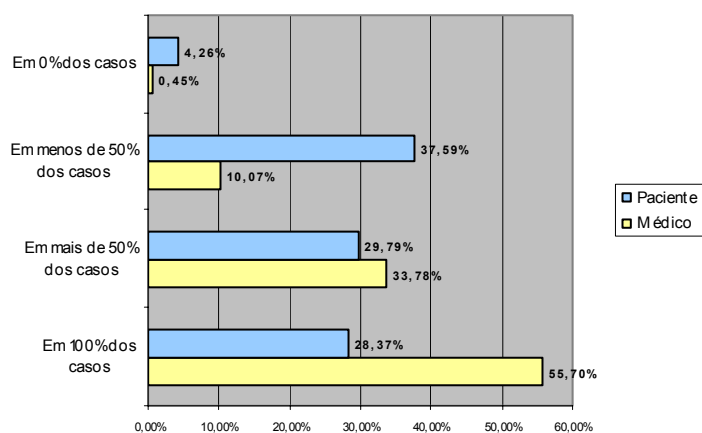


Gráfico 8.3.1C - Todos os tratamentos disponíveis para aquela doença

O número de pacientes que afirma receber esclarecimento sobre todos os tratamentos disponíveis para aquela doença é menor nesta questão. Destacamos que 41,85% do total de pacientes afirma não receber esclarecimento sobre os tratamentos possíveis em até a metade dos casos (0% e menos de 50% dos casos em conjunto).

Tabela 8.3.1D - Os riscos e consequências de cada um dos tratamentos disponíveis

Respostas	Médico	Paciente
Em 100% dos casos	50,89%	24,82%
Em mais de 50% dos casos	36,67%	29,08%
Em menos de 50% dos casos	12,22%	37,59%
Em 0% dos casos	0,22%	8,51%
Total	100,00%	100,00%

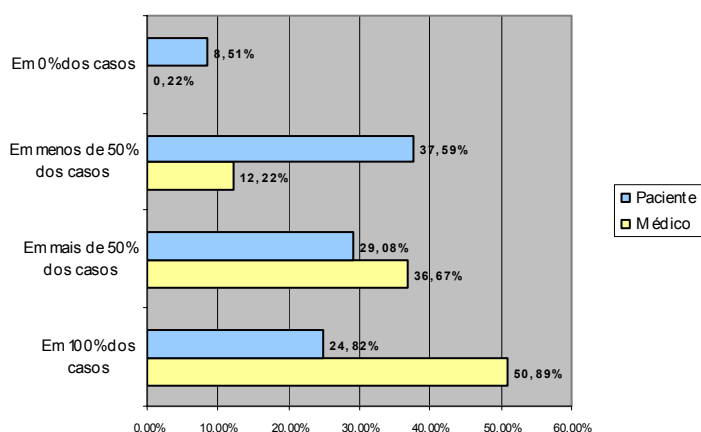


Gráfico 8.3.1D - Os riscos e consequências de cada um dos tratamentos disponíveis

Podemos notar que a percepção do paciente é bem mais baixa do que o médico sobre o esclarecimento acerca dos riscos e consequências de cada um dos tratamentos disponíveis.

Tabela 8.3.1E - Os riscos existentes de não se tratar adequadamente da doença

Respostas	Médico	Paciente
Em 100% dos casos	77,28%	35,92%
Em mais de 50% dos casos	20,27%	30,28%
Em menos de 50% dos casos	2,00%	27,46%
Em 0% dos casos	0,45%	6,34%

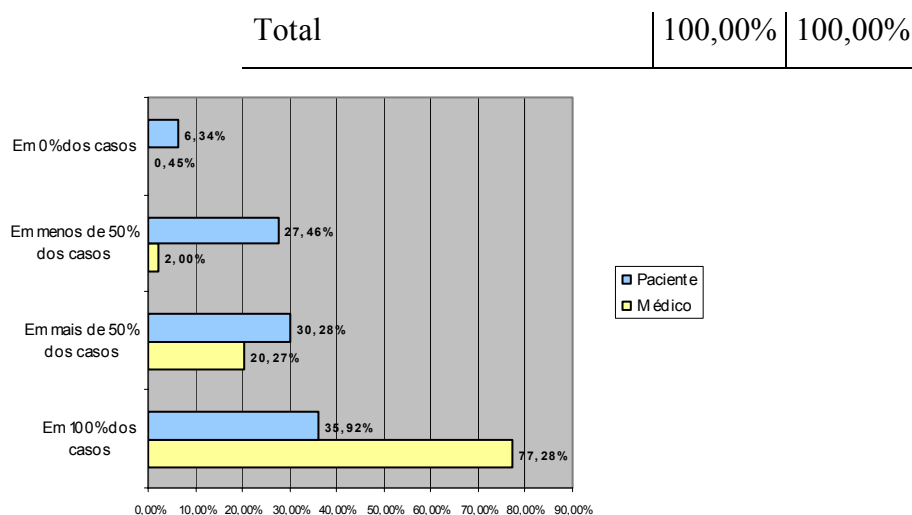


Gráfico 8.3.1E - Os riscos existentes de não se tratar adequadamente da doença

Novamente, há grande disparidade de percepções. Enquanto 77,28% dos médicos afirmam informar os riscos em 100% dos casos, apenas 35,98% dos pacientes (menos da metade) concordam com a afirmação.

Tabela 8.3.1F - A responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença

Respostas	Médico	Paciente
Em 100% dos casos	50,68%	26,67%
Em mais de 50% dos casos	37,78%	34,81%
Em menos de 50% dos casos	10,41%	29,63%
Em 0% dos casos	1,13%	8,89%
Total	100,00%	100,00%

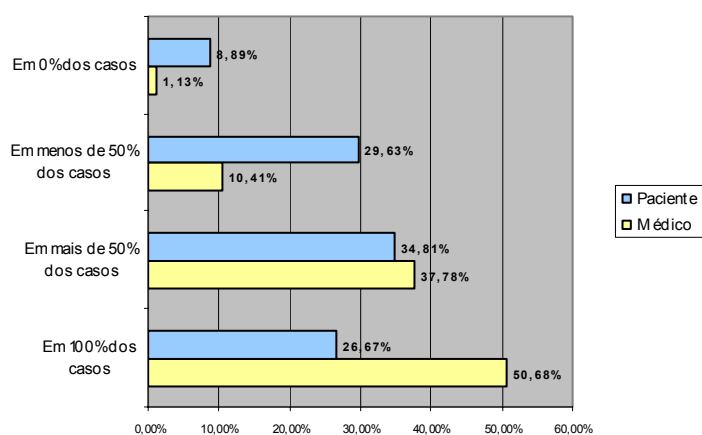


Gráfico 8.3.1F - A responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença

Podemos observar uma pequena parcela de pacientes afirmando que sempre recebem esclarecimento sobre a responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença.

Tabela 8.3.1G - A responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que ele escolhe para aquela doença

Respostas	Médico	Paciente
Em 100% dos casos	50,68%	21,90%
Em mais de 50% dos casos	32,50%	24,82%
Em menos de 50% dos casos	14,09%	33,58%
Em 0% dos casos	2,73%	19,71%
Total	100,00%	100,00%

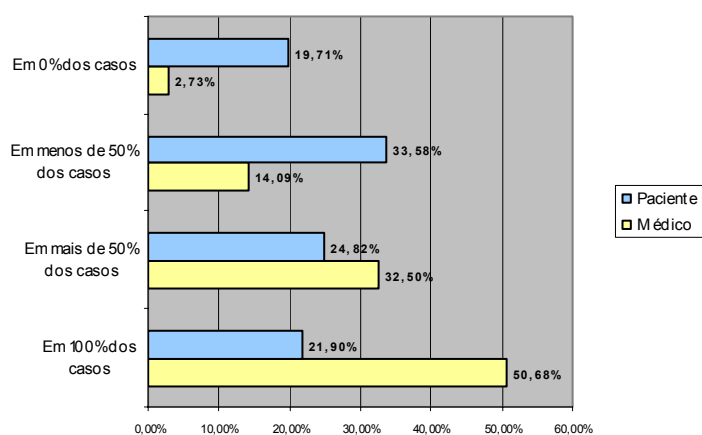


Gráfico 8.3.1G - A responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que ele escolhe para aquela doença

Podemos observar claramente um número consideravelmente menor de pacientes que afirmam receber a informação sobre a sua responsabilidade em decidir qual o tratamento que escolhe para determinada doença.

Tabela 8.3.1H - A responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença

Respostas	Médico	Paciente
Em 100% dos casos	72,20%	34,53%
Em mais de 50% dos casos	24,66%	36,69%
Em menos de 50% dos casos	2,47%	20,86%
Em 0% dos casos	0,67%	7,91%
Total	100,00%	100,00%

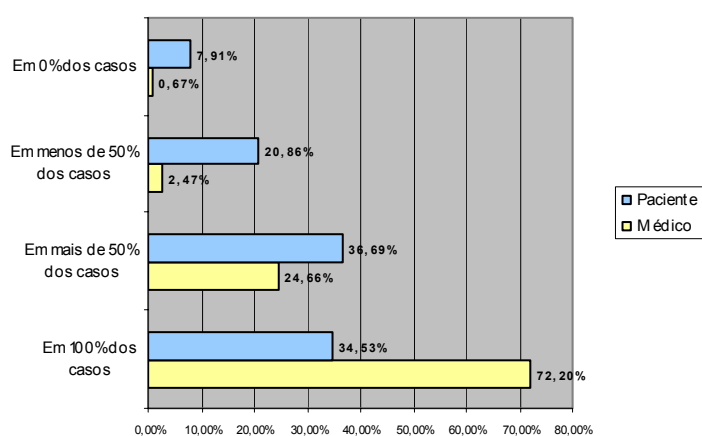


Gráfico 8.3.1H - A responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença

Podemos ver um aumento nas respostas de ambos os grupos, sendo comparativamente maior a importância dada ao esclarecimento sobre a responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença. Mesmo assim, a disparidade entre a percepção de médicos e pacientes é acentuada.

Tabela 8.3.2 – Frequência de utilização de termo de consentimento esclarecido

Frequência	Médicos	Pacientes
Em 100% dos casos	23,86%	23,71%
Em mais de 50% dos casos	15,53%	12,37%
Em menos de 50% dos casos	22,73%	20,62%
Em 0% dos casos	37,88%	43,30%

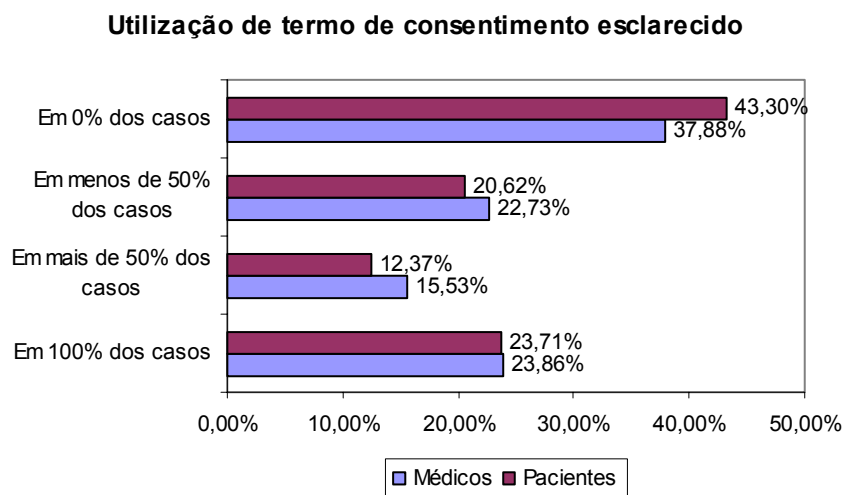


Gráfico 8.3.2 – Frequência de utilização de termo de consentimento esclarecido

A percepção da utilização de termo de consentimento esclarecido por escrito por médicos em cirurgia ou procedimento foi semelhante (baixa disparidade) para médicos e pacientes. Cumpre notar que a incidência de utilização é, em geral, pequena, ficando restrita a uma parcela dos médicos (apenas 23,86% utiliza o termo em 100% dos casos).

Tabela 8.3.3 - Quem decide efetivamente sobre a realização do tratamento

Quem decide efetivamente sobre a realização do tratamento?	Médicos	Pacientes
O paciente/família em 100% dos casos	11,35%	25,17%
O paciente/família em mais de 50% dos casos	2,84%	9,27%
O médico em 100% dos casos	3,93%	17,88%
O médico em mais de 50% dos casos	6,11%	13,91%
O paciente/família juntamente com o médico em 100% dos casos	55,68%	17,88%
O paciente/família juntamente com o médico em mais de 50% dos casos	17,90%	5,30%
Não respondeu	2,18%	10,60%

Quem decide efetivamente sobre a realização do tratamento

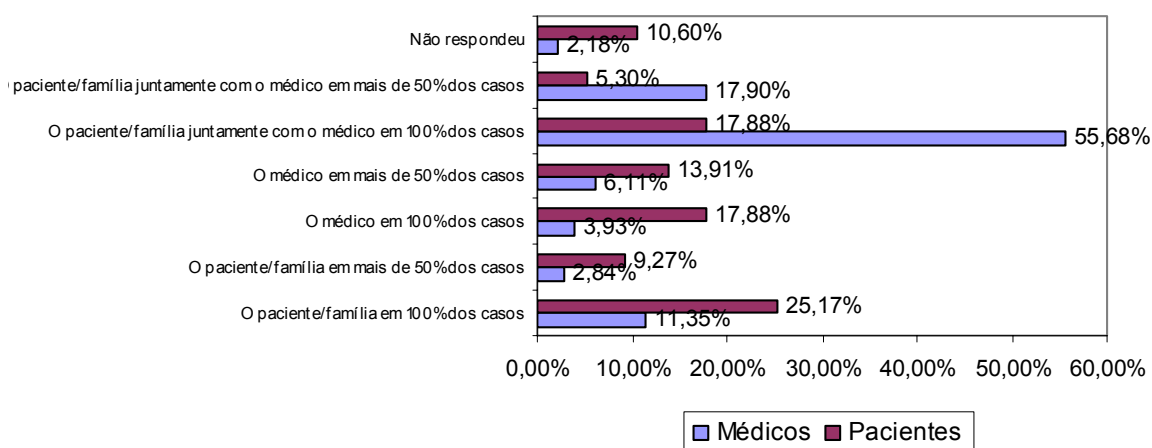


Gráfico 8.3.3 - Quem decide efetivamente sobre a realização do tratamento

Houve divergências nas respostas dos médicos e dos pacientes em relação a quem decide sobre a realização do tratamento. Cerca de 55,50% dos médicos afirmaram que quem decide é o paciente/família juntamente com ele em todos os casos, enquanto que apenas 17,88% dos pacientes afirmaram o mesmo.

Tabela 8.3.4. - Erros cometidos pelos médicos

Incidência de erro no:	Médicos	Pacientes
diagnóstico de um paciente?	88,43%	46,36%
prognóstico?	77,29%	49,01%
Execução de algum tratamento ou procedimento?	73,80%	33,77%

Erros cometidos pelos médicos

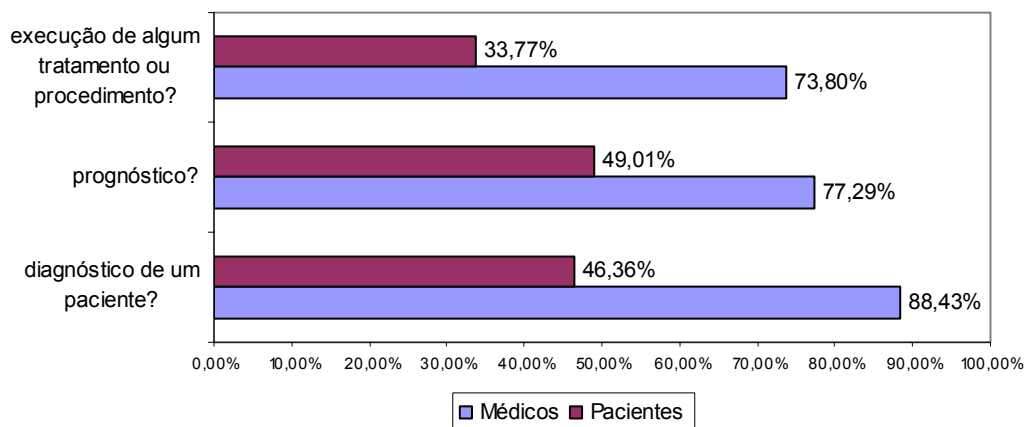


Gráfico 8.3.4. - Erros cometidos pelos médicos

O percentual de médicos que afirmou ter cometido algum erro de diagnóstico, prognóstico e/ou execução é maior do que de pacientes que percebeu esse erro. Muitos pacientes (mais de 25%) afirmaram não saber responder esta pergunta.

Tabela 8.3.5A - Admissão do erro de forma clara aos pacientes

Admissão de erro	Médicos	Pacientes
Sim	62,88%	5,30%
Não	35,50%	87,42%
Não sei	-	0,66%
Não respondeu	1,62%	6,62%

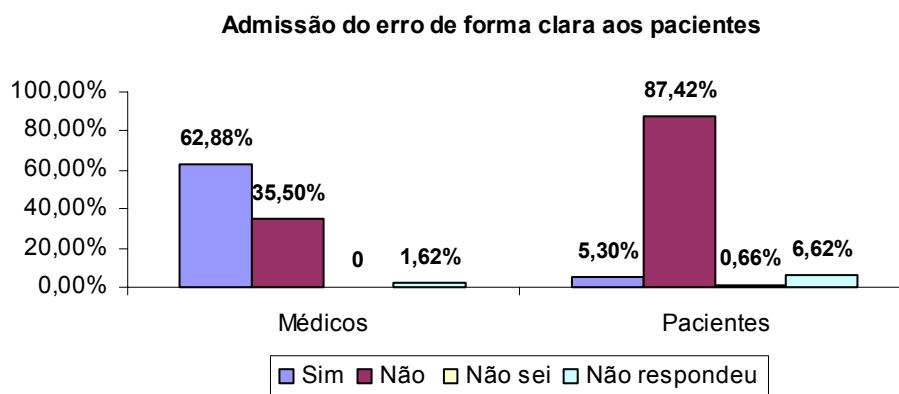


Gráfico 8.3.5A - Admissão do erro de forma clara aos pacientes

Cerca de 63% dos médicos afirmaram já terem admitido claramente que erraram, enquanto que apenas 5,30% dos pacientes afirmaram que algum médico já admitiu erro claramente. É uma disparidade marcante entre as percepções dos grupos.

Tabela 8.3.5B – Frequência da admissão do erro pelos médicos

Frequência	%
Em todos os casos	28,04%
Em mais da metade dos casos	41,70%
Em menos da metade dos casos	29,15%
Não respondeu	1,11%

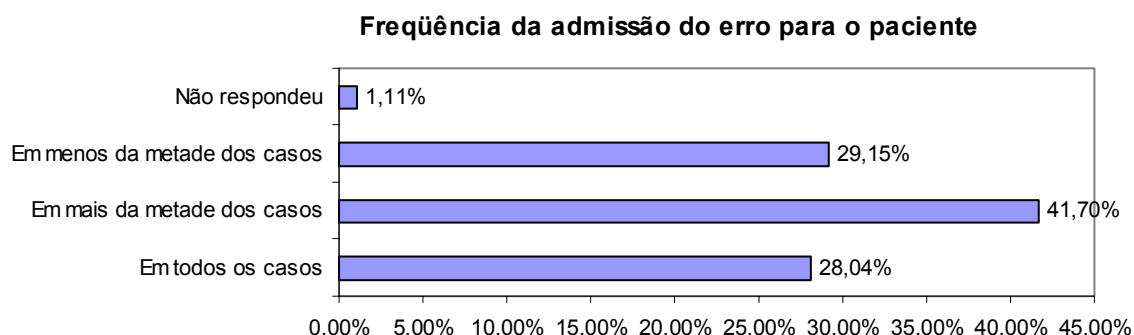


Gráfico 8.3.5B – Frequência da admissão do erro pelos médicos

Aos médicos que tinham confessado algum erro, foi perguntado qual é a frequência dessa confissão. Cerca de 28% dos médicos afirmaram que sempre que perceberam o erro comunicaram aos pacientes.

Tabela 8.3.5C. – Motivos para não informar os pacientes todas as vezes que ocorreu erro

Frequência	%
O erro foi percebido após término da relação com o paciente	62,50%
Vergonha	36,46%
Medo das consequências	35,94%
Medo de ser processado	26,56%
Medo da divulgação	22,92%
Outro	30,73%

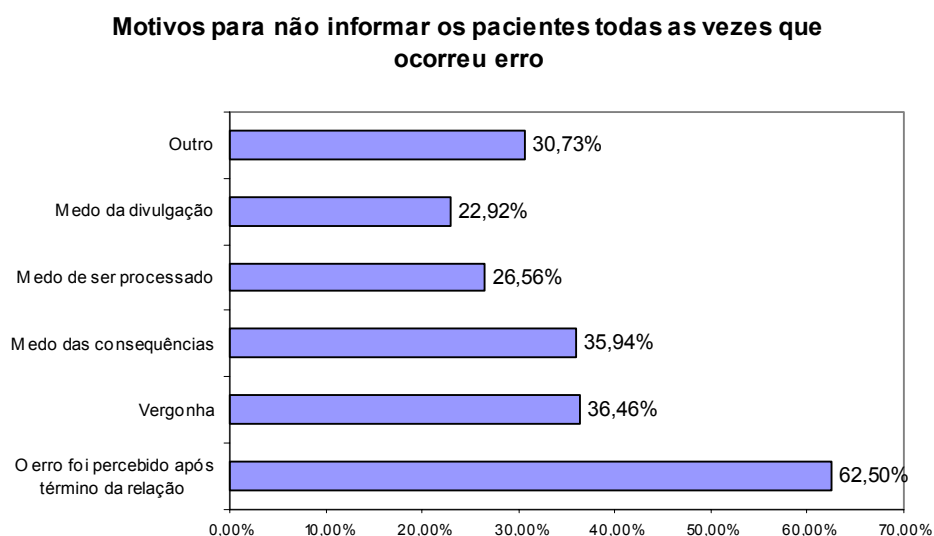


Gráfico 8.3.5C. – Motivos para não informar os pacientes todas as vezes que ocorreu erro

Aos médicos que não confessaram o erro todas as vezes que o mesmo ocorreu foi perguntado os motivos da omissão. 62,59% dos médicos afirmaram que o erro só foi percebido após o término da relação com o paciente.

Tabela 8.3.6 – Duração da consulta de pacientes particulares e de convênios

A duração da consulta é a mesma para pacientes particulares e de convênios?	Médicos	Pacientes
Sim	69,21%	15,23%
Se não, todos os pacientes são informados sobre essa diferença?		
Sim	10,96%	0,66%

A diferença entre as percepções de médicos e pacientes sobre a duração da consulta médica é clara. Enquanto que a maioria dos médicos (69,21%) afirma que o tempo dedicado é o mesmo, uma minoria de pacientes (15,23%) tem esta percepção. Destes, somente 10,96% dos médicos e 0,66% dos pacientes afirmam que o médico esclarece sobre esta diferença de duração a todos os pacientes.

Tabela 8.3.7A – Ações consideradas éticas

N.	Ações dos médicos consideradas éticas	Médicos	Pacientes
MP1	Ter um folder da clínica para distribuição interna	53,71%	63,58%
MP2	Solicitar aos pacientes que indiquem seus serviços a outros pacientes	9,83%	18,54%
MP3	Solicitar aos médicos que indiquem seus serviços a outros pacientes	19,87%	26,49%
MP4	Receber de um serviço de diagnóstico um percentual do valor dos exames pela indicação	1,97%	5,30%
MP5	Fazer propaganda do consultório no jornal	20,74%	27,81%
MP6	Enviar um folder do consultório para os atuais pacientes	38,21%	49,67%
MP7	Enviar um folder do consultório para não pacientes	15,28%	27,81%
MP8	Enviar carta de aniversário ao paciente	39,96%	52,32%

MP9	Dar um cartão ou folder de um colega médico ao seu paciente	37,77%	47,68%
MP10	Convidar o seu paciente para uma atividade não médica	23,36%	28,48%
MP11	Comentar com outros colegas, pacientes ou amigos o nome de pessoas que são seus pacientes	3,06%	2,65%
MP12	Cobrar, de paciente de convênio, um valor extra pelo procedimento ou cirurgia	2,40%	7,28%

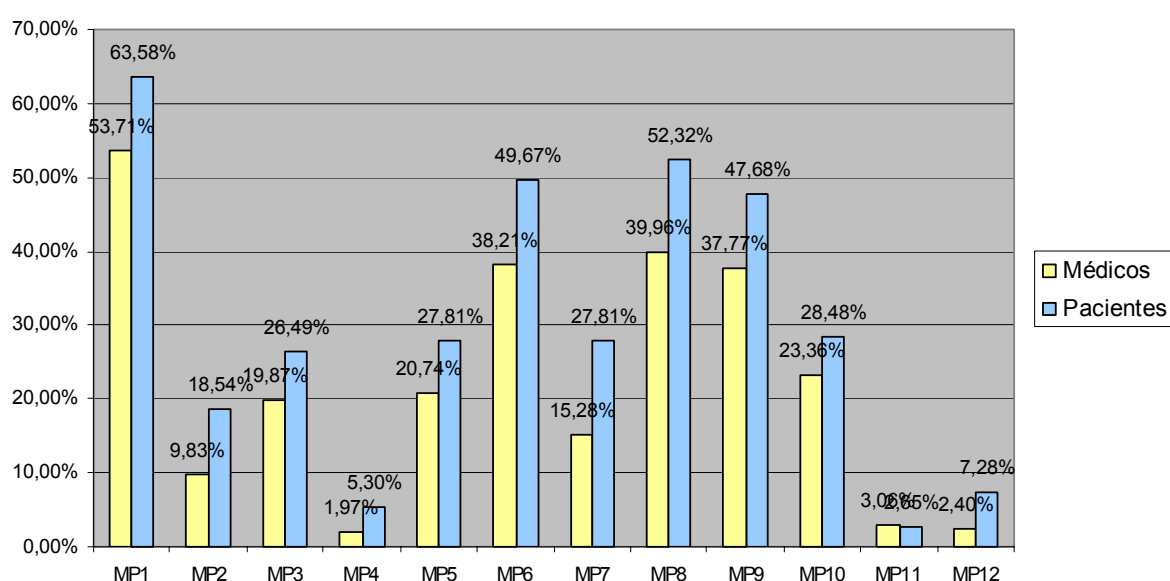


Gráfico 8.3.7A – Ações consideradas éticas

Os resultados mostraram uma forte semelhança entre as percepções de médicos e pacientes, inclusive pela ordem em que aparecem. Para ambos os grupos, as questões mais citadas como éticas foram, em ordem decrescente, as: MP1, MP8, MP6 e MP9.

Comparando as respostas dos dois públicos pesquisados, percebemos que, em praticamente todos os itens, houve um maior percentual de pacientes que assinalaram as ações como éticas. A única exceção é em relação ao item MP11, que aborda sobre a possibilidade do médico comentar com outros colegas, pacientes ou amigos o nome de pessoas que são seus pacientes. Outro aspecto que esta questão sinaliza é para a resistência às ações de marketing, principalmente pelo médico, mas também sendo visível nas afirmações dos pacientes.

As três ações efetivamente não éticas, MP4, MP11 e MP12, foram as que receberam o menor percentual dos dois públicos.

Tabela 8.3.7B – Ações consideradas éticas pelos médicos

N.	Ações médicas	Quais das seguintes ações você considera éticas?*	Quais você pratica?*
M1	Ter um folder da clínica para distribuição interna	53,71%	27,51%
	Solicitar aos pacientes que indiquem seus serviços a		
M2	outros pacientes	9,83%	5,24%
	Solicitar aos médicos que indiquem seus serviços a		
M3	outros pacientes	19,87%	12,66%
	Receber de um serviço de diagnóstico um percentual		
M4	do valor dos exames pela indicação	1,97%	2,40%
M5	Fazer propaganda do consultório no jornal	20,74%	8,95%
	Enviar um folder do consultório para os atuais		
M6	pacientes	38,21%	9,61%
M7	Enviar um folder do consultório para não pacientes	15,28%	3,28%
M8	Enviar carta de aniversário ao paciente	39,96%	12,01%
	Dar um cartão ou folder de um colega médico ao seu		
M9	paciente	37,77%	30,13%
	Convidar o seu paciente para uma atividade não		
M10	médica	23,36%	8,73%
	Comentar com outros colegas, pacientes ou amigos o		
M11	nome de pessoas que são seus pacientes	3,06%	3,06%
	Cobrar, de paciente de convênio, um valor extra pelo		
M12	procedimento ou cirurgia	2,40%	1,09%

* Percentual calculado com base em toda a amostra.

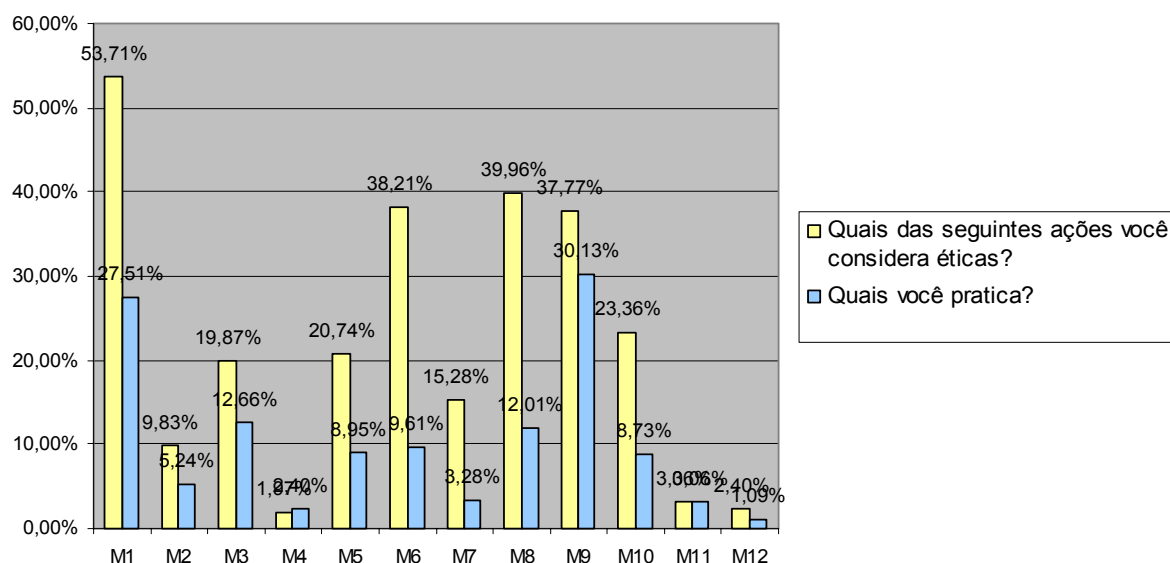


Gráfico 8.3.7B – Ações consideradas éticas pelos médicos

Na comparação do percentual de médicos que consideram determinadas ações éticas com o percentual de médicos que efetivamente realizam a ação, observamos em quase todos os itens que muitos médicos não praticam determinado ato mesmo considerando-o ético. Especialmente chama a atenção a diferença percentual entre os médicos que assinalaram a eticidade do folder, questões M1, M7 e M8, e os que o utilizam.

Tabela 8.3.7C – Realização das ações e opinião sobre o princípio ético das mesmas

N.	Ações médicas	Considera ético e realiza	Não considera ético e realiza
M1	Ter um folder da clínica para distribuição interna	47,56%	4,27%
	Solicitar aos pacientes que indiquem seus serviços a		
M2	outros pacientes	46,67%	0,73%
	Solicitar aos médicos que indiquem seus serviços a		
M3	outros pacientes	60,44%	0,82%
	Receber de um serviço de diagnóstico um percentual		
M4	do valor dos exames pela indicação	22,22%	2,01%
M5	Fazer propaganda do consultório no jornal	36,84%	1,66%
	Enviar um folder do consultório para os atuais		
M6	pacientes	23,43%	1,06%
M7	Enviar um folder do consultório para não pacientes	17,14%	0,78%
M8	Enviar carta de aniversário ao paciente	27,87%	1,46%

	Dar um cartão ou folder de um colega médico ao seu		
M9	paciente	72,83%	4,23%
	Convidar o seu paciente para uma atividade não		
M10	médica	33,96%	1,14%
	Comentar com outros colegas, pacientes ou amigos o		
M11	nome de pessoas que são seus pacientes	64,29%	1,13%
	Cobrar, de paciente de convênio, um valor extra pelo		
M12	procedimento ou cirurgia	36,36%	0,22%

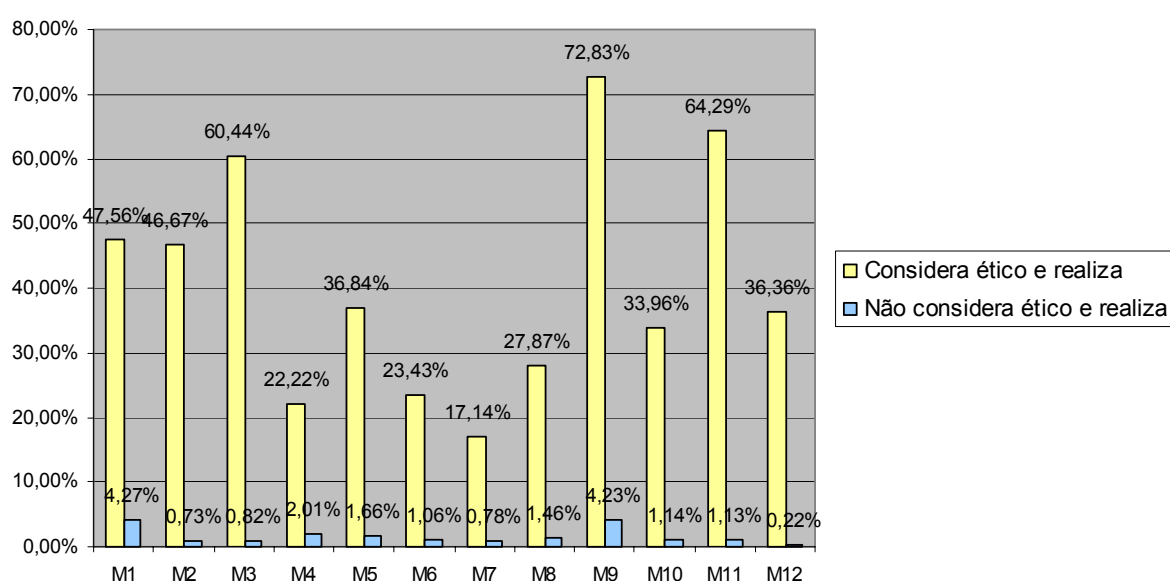


Gráfico 8.3.7C – Realização das ações e opinião sobre o princípio ético das mesmas

Novamente percebemos a resistência e baixa utilização do marketing pelos profissionais. Também podemos observar a declaração de conduta anti-ética consciente em uma pequena parcela dos médicos.

Tabela 8.3.8A – Avaliação sobre ética profissional

Você se considera ou o seu médico um profissional totalmente ético?	Médicos	Pacientes
Sim	83,19%	67,55%
Não	14,19%	24,50%
Não respondeu	2,62%	7,95%

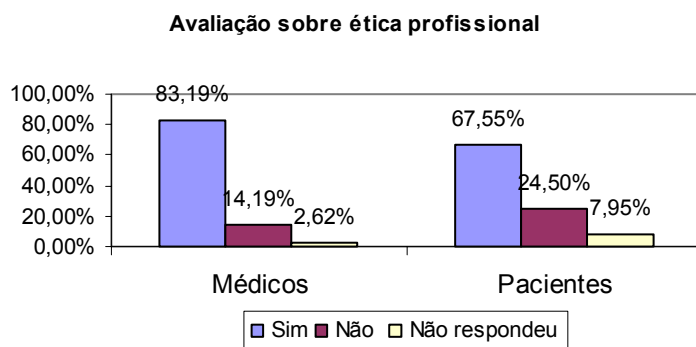


Gráfico 8.3.8A – Avaliação sobre ética profissional

Cerca de 83% dos médicos se consideram totalmente éticos, enquanto que 67,55% dos pacientes consideram o seu médico totalmente ético.

Chama a atenção o percentual de médicos que admitem que não se consideram totalmente ético (14,19%) e o percentual de pacientes que não considera o médico totalmente ético (24,52%).

Tabela 8.3.8B. – Motivos para os médicos se auto-avaliarem como totalmente éticos

Motivos	%
Faço sempre o melhor para o meu paciente	71,65%
Respeito as leis	38,58%
Sigo totalmente o CEM	32,28%
Outro	13,12%

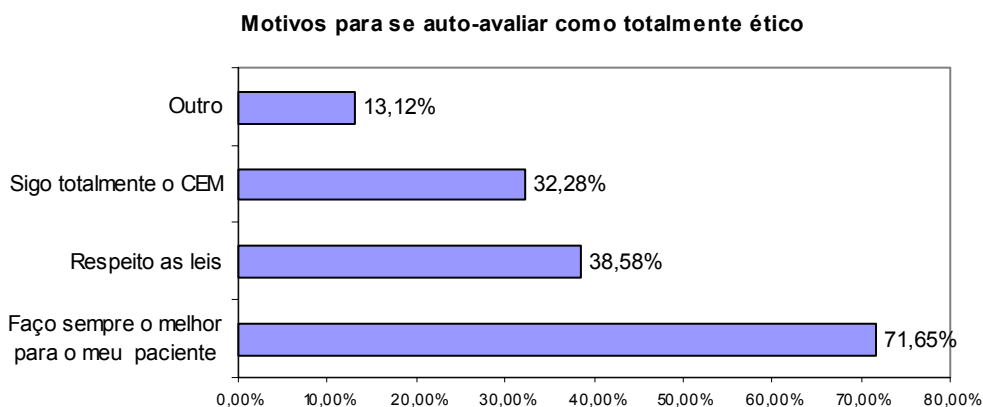


Gráfico 8.3.8B. – Motivos para os médicos se auto-avaliarem como totalmente éticos

Entre os médicos que afirmaram se considerar totalmente éticos, o principal motivo alegado foi “faço sempre o melhor para o meu paciente”.

Apresentamos a seguir as respostas da parte final do questionário. Diferentemente das outras questões, utilizamos uma escala Likert de 5. Estas perguntas, mesmo não estando diretamente relacionadas com as hipóteses centrais da Tese, servem para auxiliar o entendimento sobre o médico e sua relação com o paciente.

Como pode ser observado, transcrevemos a pergunta que foi feita para o médico e a que foi feita para o paciente logo abaixo do título da tabela.

O uso de percentuais no texto refere-se a soma das posições concordo totalmente e concordo, quando indicando concordância com determinada frase, e a soma das posições discordo totalmente e discordo, quando indicando discordância com determinada frase.

Tabela 8.3.9 – Conhecimento sobre ética médica

Frase para os médicos: Eu sei tudo o que preciso sobre ética médica

Frase para os pacientes: O seu médico sabe tudo o que precisa sobre ética médica

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	2,18%	13,25%
Concordo	17,69%	32,45%
Não concordo nem discordo	19,00%	35,10%
Discordo	46,72%	13,25%
Discordo totalmente	11,79%	0,66%
Não respondeu	2,62%	5,30%
Média	2,50	3,47

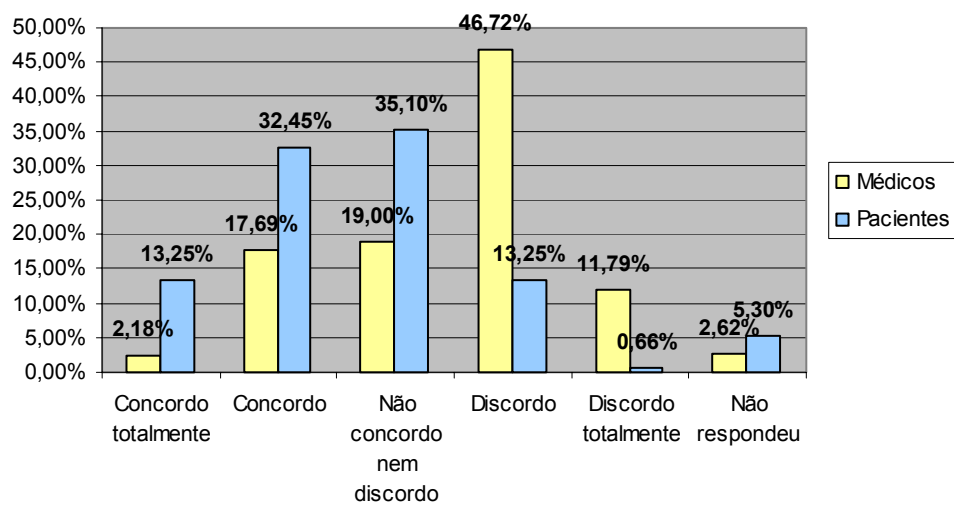


Gráfico 8.3.9 – Conhecimento sobre ética médica

É clara uma maior valorização sobre o conhecimento da ética que o paciente dá para o médico em comparação a que o médico tem de si mesmo.

Tabela 8.3.10 – Dedicção aos pacientes

Frase para os médicos: Eu sempre dou o melhor de mim e para todos os pacientes

Frase para os pacientes: O seu médico sempre dá o melhor de si e para todos os pacientes

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	38,65%	15,89%
Concordo	49,13%	35,76%
Não concordo nem discordo	4,37%	25,83%
Discordo	4,80%	16,56%
Discordo totalmente	0,66%	0,66%
Não respondeu	2,40%	5,30%
Média	4,23	3,52

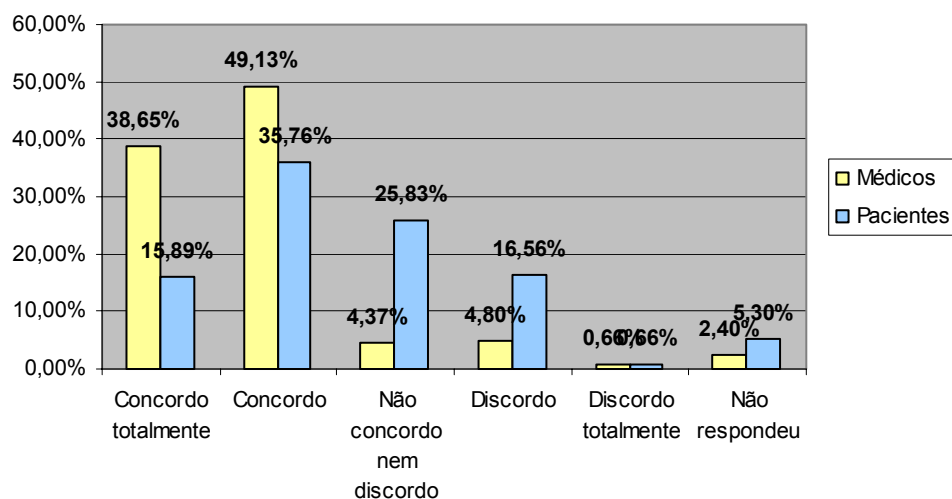


Gráfico 8.3.10 – Dedicção aos pacientes

Verificamos a diferença que o médico tem de seu comportamento versus a percepção do paciente. Somando concordo totalmente com concordo temos 87,78% apontados pelos médicos e 51,65% pelos pacientes quanto à dedicação.

Tabela 8.3.11 – Auxílio no auto-conhecimento

Frase para os médicos: Eu ajudo o paciente a se conhecer melhor

Frase para os pacientes: O médico me ajuda a me conhecer melhor

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	18,78%	14,57%
Concordo	53,93%	37,75%
Não concordo nem discordo	15,94%	21,19%
Discordo	5,90%	17,88%
Discordo totalmente	0,87%	3,97%
Não respondeu	4,59%	4,64%
Média	3,88	3,43

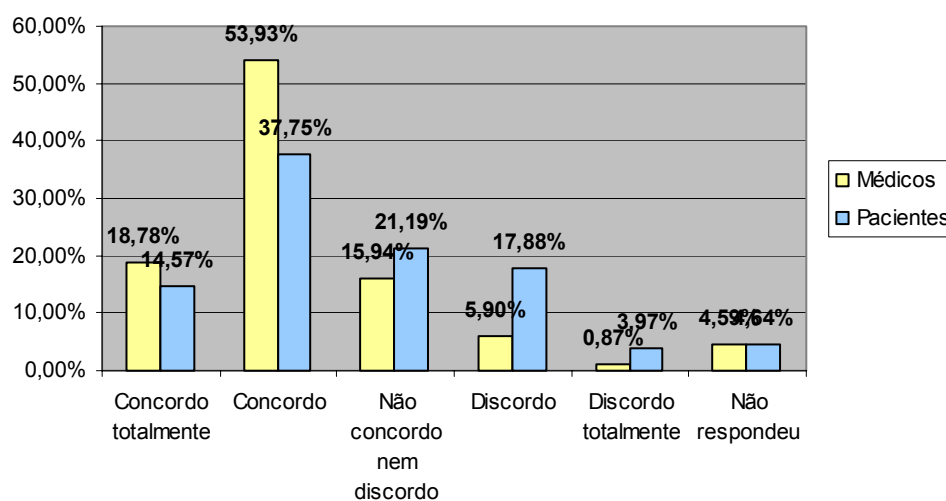


Gráfico 8.3.11 – Auxílio no auto-conhecimento

Embora possamos notar diferenças, a percepção dos dois grupos é mais próxima sobre a ajuda do médico para o paciente se conhecer melhor.

Tabela 8.3.12 – Necessidade de estudar ética

Frase para os médicos: Eu não preciso mais estudar sobre ética médica

Frase para os pacientes: O meu médico não precisa mais estudar sobre ética médica

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	1,53%	3,31%
Concordo	3,28%	5,96%
Não concordo nem discordo	10,04%	27,15%
Discordo	52,62%	39,74%
Discordo totalmente	27,29%	18,54%
Não respondeu	5,24%	5,30%
Média	1,94	2,32

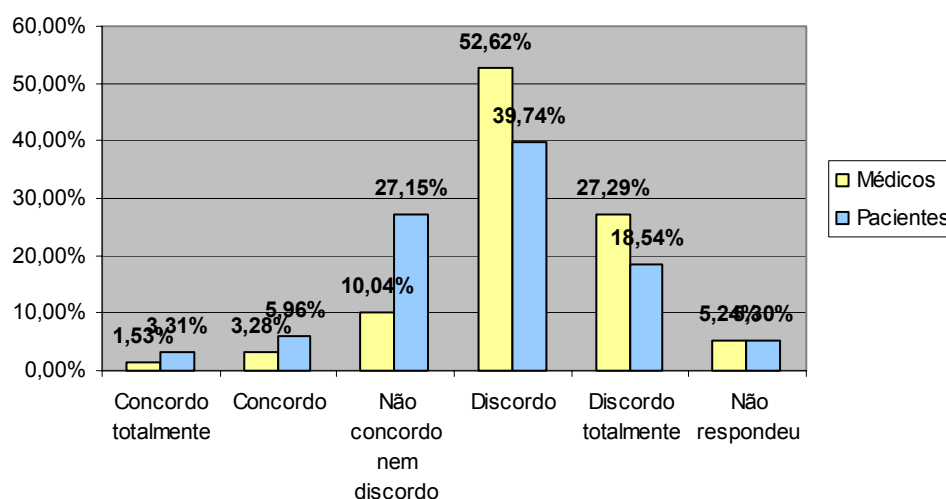


Gráfico 8.3.12 – Necessidade de estudar ética

Médicos e pacientes concordam tem percepções próximas quanto a necessidade do médico continuar a estudar.

Tabela 8.3.13 – Comunicação com o paciente

Frase para os médicos: Eu sempre falo o que penso para os pacientes

Frase para os pacientes: O meu médico sempre fala o que pensa para mim

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	4,80%	8,61%
Concordo	25,11%	19,21%
Não concordo nem discordo	24,89%	34,44%
Discordo	34,93%	25,17%
Discordo totalmente	4,80%	5,30%
Não respondeu	5,46%	7,28%
Média	2,90	3,01

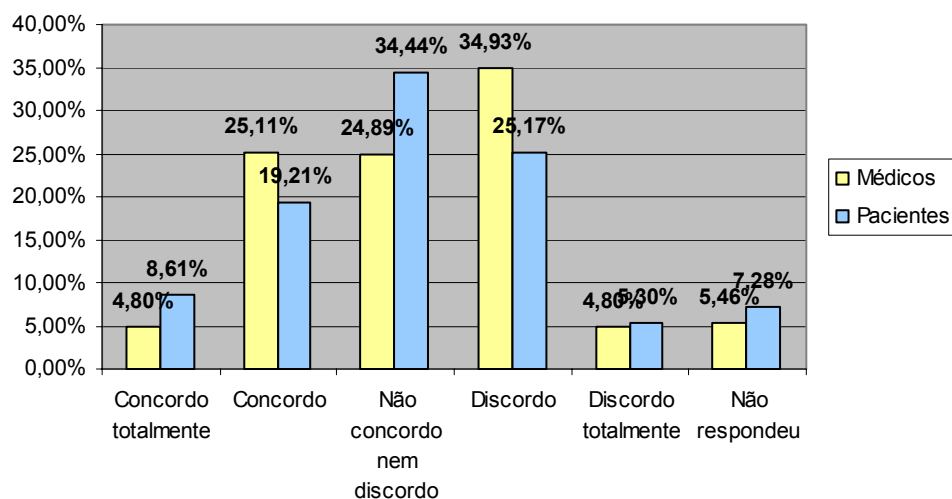


Gráfico 8.3.13 – Comunicação com o paciente

Novamente a percepção de médicos e pacientes é semelhante. Parece haver um consenso de que uma parcela dos médicos não fala o que pensa ao paciente.

Tabela 8.3.14 – Responsabilidade do médico nos problemas com pacientes

Frase para os médicos: Eu sou responsável por todo o tipo de problema que tenho no relacionamento com um paciente

Frase para os pacientes: O meu médico é responsável por todo o tipo de problema que tem no relacionamento comigo

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	9,17%	2,65%
Concordo	18,34%	6,62%
Não concordo nem discordo	19,00%	33,11%
Discordo	45,20%	41,72%
Discordo totalmente	6,55%	10,60%
Não respondeu	1,75%	5,30%
Média	2,78	2,46

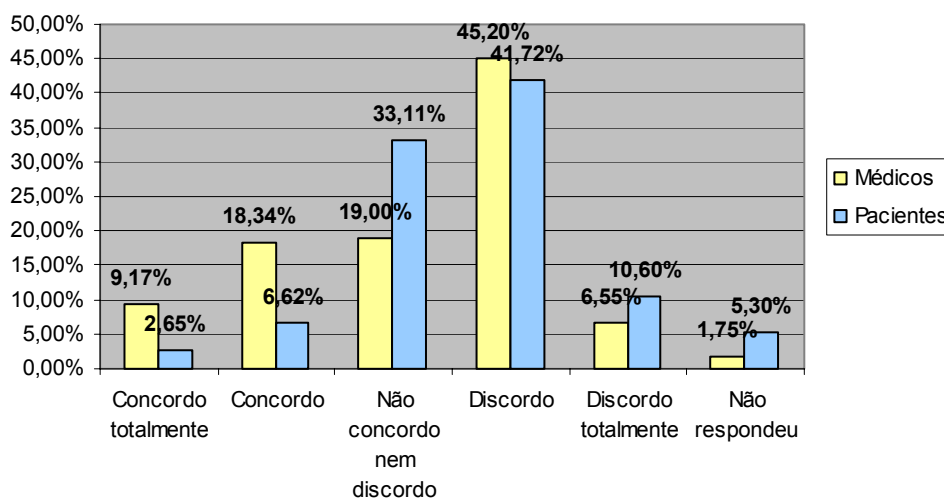


Gráfico 8.3.14 – Responsabilidade do médico nos problemas com pacientes

Muito embora a divergência seja pequena, os médicos demonstram uma tendência de maior percepção da sua responsabilidade frente ao paciente, mas a maioria dos profissionais discorda em assumir a responsabilidade pela totalidade dos problemas com o paciente.

Tabela 8.3.15 – Esclarecimento sobre a importância dos retornos periódicos

Frase para os médicos: Eu sempre esclareço e insisto com o paciente da importância dos retornos periódicos

Frase para os pacientes: O meu médico esclarece e insiste comigo sobre a importância dos retornos periódicos

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	29,91%	16,56%
Concordo	58,73%	43,05%
Não concordo nem discordo	5,68%	17,22%
Discordo	2,62%	17,88%
Discordo totalmente	0,22%	3,97%
Não respondeu	2,84%	1,32%
Média	4,19	3,51

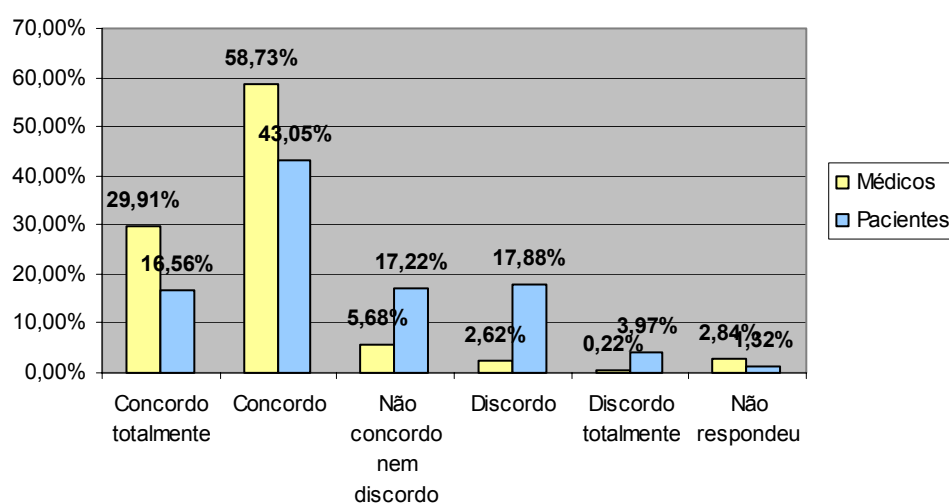


Gráfico 8.3.15 – Esclarecimento sobre a importância dos retornos periódicos

Vemos uma diferença clara entre a ênfase que o médico acredita que dá para o retorno periódico (88,64%, somados concordo e concordo totalmente) e o que o paciente percebe (59,61%).

Tabela 8.3.16 – Quem fala mais durante a consulta

Frase para os médicos: Na minha consulta, em média, eu falo mais do que o meu paciente

Frase para os pacientes: Nas consultas, em média, eu falo mais do que o meu médico

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	3,28%	6,62%
Concordo	17,90%	33,11%
Não concordo nem discordo	25,76%	29,14%
Discordo	45,63%	29,80%
Discordo totalmente	3,93%	0,00%
Não respondeu	3,49%	1,32%
Média	2,70	3,17

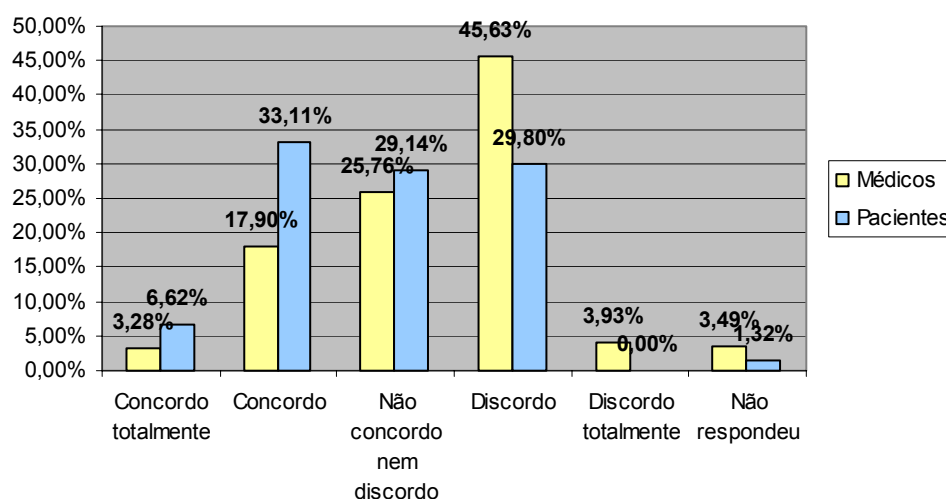


Gráfico 8.3.16 – Quem fala mais durante a consulta

Mesmo as perguntas sendo diferentes, a percepção entre os grupos guarda apenas uma pequena diferença.

Tabela 8.3.17 – Raiva do paciente

Frase para os médicos: Às vezes eu fico com raiva do paciente

Frase para os pacientes: Às vezes o médico fica com raiva do paciente

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	5,68%	9,27%
Concordo	48,47%	27,81%
Não concordo nem discordo	14,19%	37,09%
Discordo	21,83%	20,53%
Discordo totalmente	6,77%	3,31%
Não respondeu	3,06%	1,99%
Média	3,25	3,20

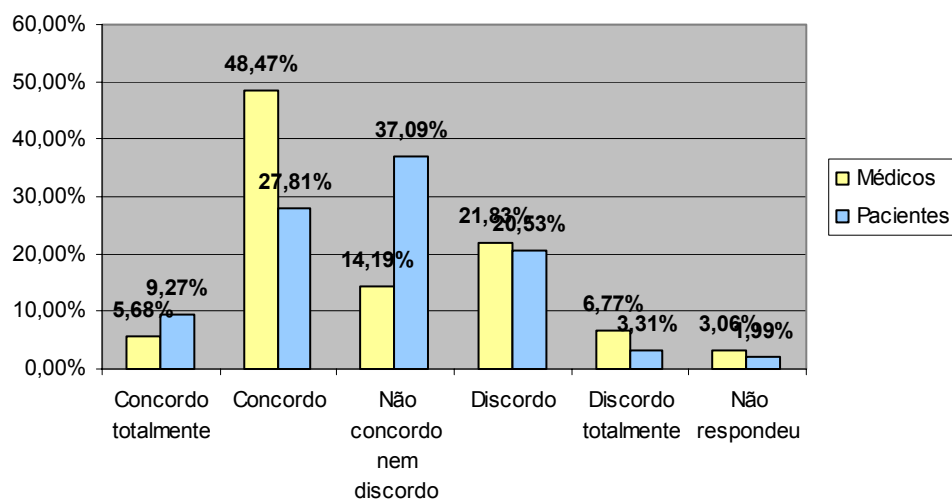


Gráfico 8.3.17 – Raiva do paciente

As percepções são semelhantes, sendo que o médico admite ter uma maior sentimento de raiva, em determinadas ocasiões, do que o paciente supõe. Merece destaque o caráter íntegro na resposta dos médicos, na qual mais da metade da amostra admite a possibilidade esporádica de sentir raiva de seu paciente.

Tabela 8.3.18 – Necessidade de mais humildade na relação com o paciente

Frase para os médicos: Eu deveria ser mais humilde na minha relação com os pacientes

Frase para os pacientes: O médico deveria ser mais humilde na sua relação com os pacientes

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	3,28%	18,54%
Concordo	19,21%	41,06%
Não concordo nem discordo	25,33%	31,79%
Discordo	37,12%	3,31%
Discordo totalmente	12,23%	3,31%
Não respondeu	2,84%	1,99%
Média	2,63	3,70

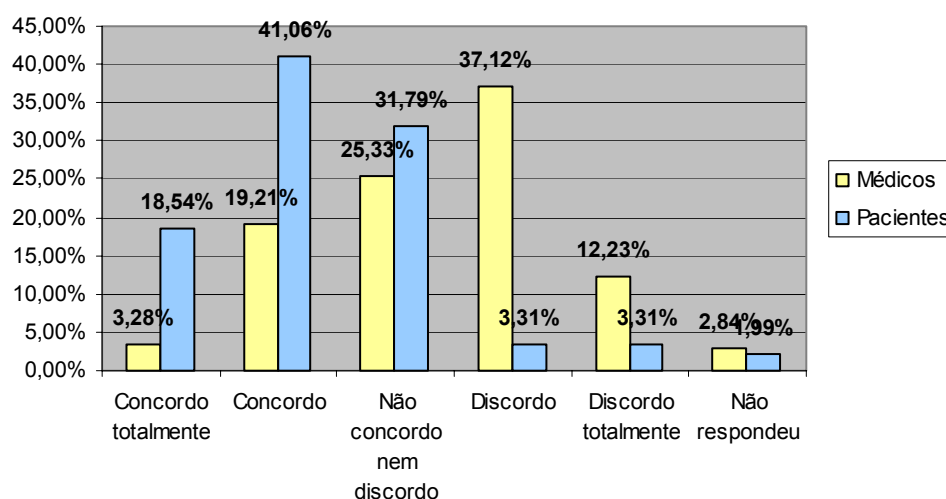


Gráfico 8.3.18 – Necessidade de mais humildade na relação com o paciente

Nesta questão podemos observar uma grande diferença entre a percepção do paciente, que em sua maioria concorda que o médico deveria ser mais humilde (59,6%), enquanto apenas uma parcela dos médicos concorda com esta falta de humildade (22,49%).

Tabela 8.3.19 – Responsabilidade do paciente pela saúde

Frase para os médicos: O paciente é o principal responsável por sua saúde e por sua doença

Frase para os pacientes: O paciente é o principal responsável por sua saúde e sua doença

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	6,55%	25,83%
Concordo	26,20%	32,45%
Não concordo nem discordo	24,89%	24,50%
Discordo	32,31%	12,58%
Discordo totalmente	6,11%	1,32%
Não respondeu	3,93%	3,31%
Média	2,95	3,71

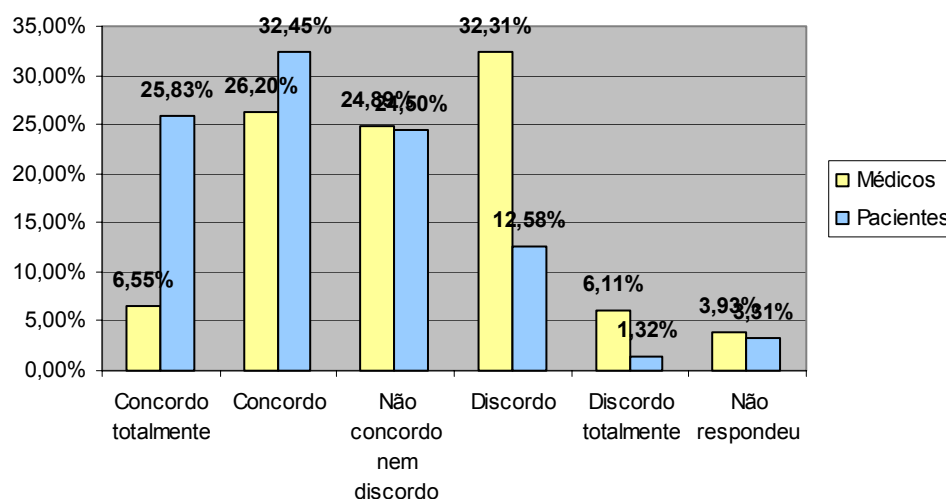


Gráfico 8.3.19 – Responsabilidade do paciente pela saúde

A resposta a esta questão mostra uma maior concordância do paciente (58,28%), se comparado com o médico (32,75%), sobre a sua responsabilidade pela sua própria saúde.

Tabela 8.3.20 – O benefício de ter um claro sentido de vida para a saúde

Frase para os médicos: O fato do paciente ter um claro sentido de vida contribui perceptivelmente para sua saúde e recuperação

Frase para os pacientes: O fato do paciente ter um claro sentido de vida contribui perceptivelmente para sua saúde e recuperação

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	36,46%	42,38%
Concordo	55,24%	47,68%
Não concordo nem discordo	4,80%	7,28%
Discordo	1,09%	0,66%
Discordo totalmente	0,00%	0,00%
Não respondeu	2,40%	1,99%
Média	4,30	4,34

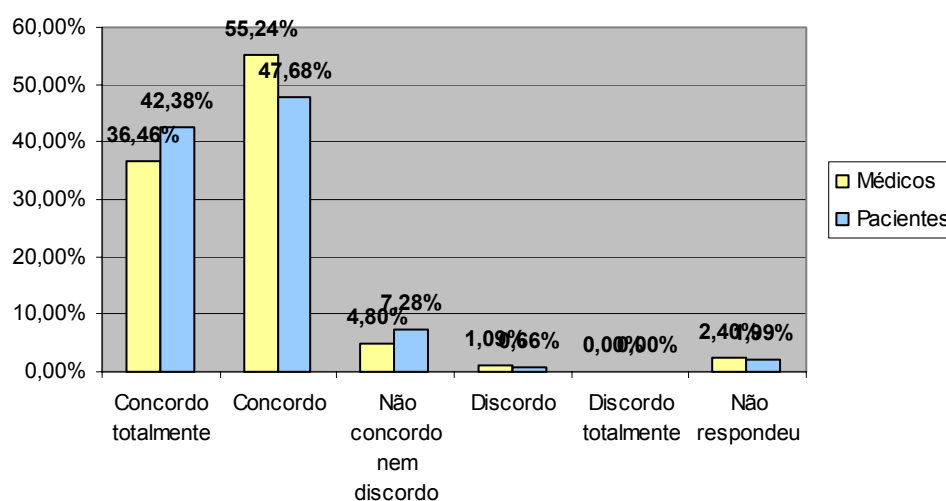


Gráfico 8.3.20 – O benefício de ter um claro sentido de vida para a saúde

O entendimento do benefício de ter um claro sentido de vida para a saúde é consenso entre as opiniões de médicos e pacientes.

Tabela 8.3.21 – O médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor

Frase para os médicos: O médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor

Frase para os pacientes: O médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	35,59%	39,74%
Concordo	55,68%	48,34%
Não concordo nem discordo	4,80%	9,27%
Discordo	1,75%	1,32%
Discordo totalmente	0,00%	0,00%
Não respondeu	2,18%	1,32%
Média	4,28	4,28

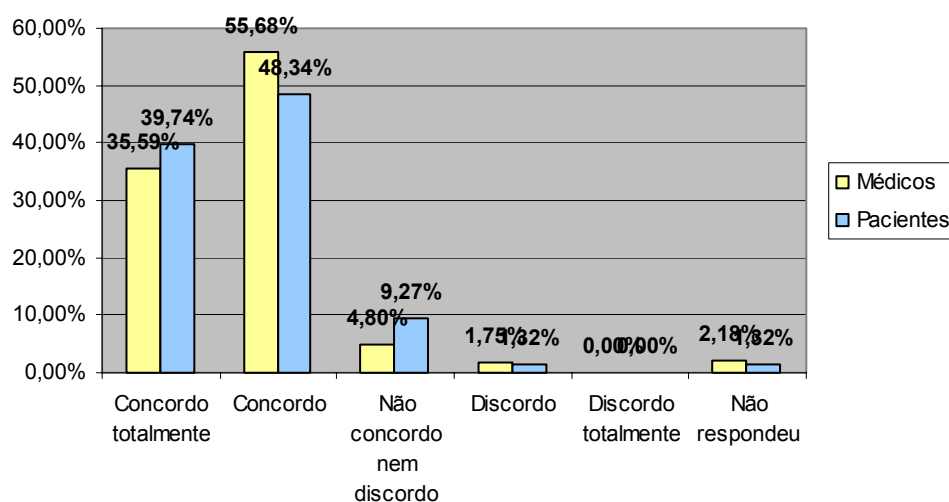


Gráfico 8.3.21 – O médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor

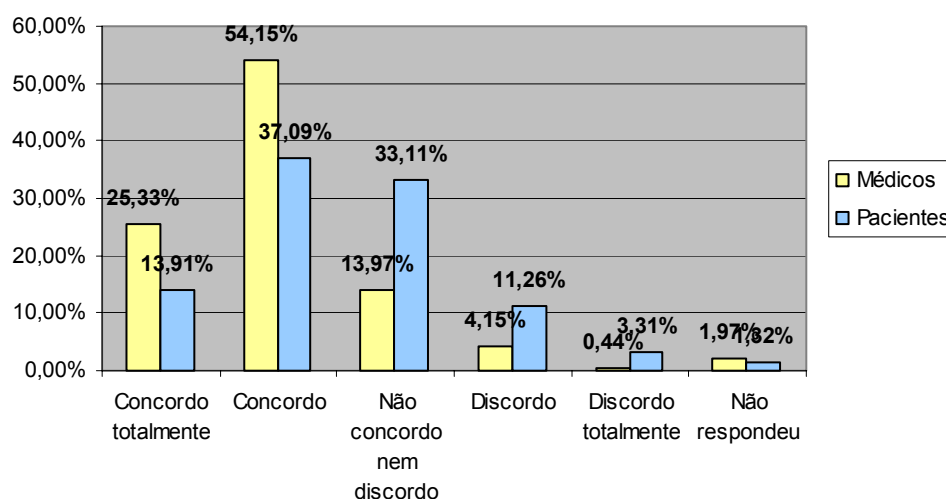
Novamente o entendimento é consensual entre as opiniões de médicos e pacientes, sendo nesta questão referente à posição de que o médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor.

Tabela 8.3.22 – O médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida

Frase para os médicos: O médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida

Frase para os pacientes: O médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	25,33%	13,91%
Concordo	54,15%	37,09%
Não concordo nem discordo	13,97%	33,11%
Discordo	4,15%	11,26%
Discordo totalmente	0,44%	3,31%
Não respondeu	1,97%	1,32%
Média	4,02	3,48



Gráficos 8.3.22 – O médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida

Médicos e pacientes também concordam que o médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida.

Tabela 8.3.23 - O mercado de trabalho desfavorável

Frase para os médicos: O mercado de trabalho está bastante desfavorável para o médico

Frase para os pacientes: O mercado de trabalho está bastante desfavorável para o médico

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	44,10%	8,61%
Concordo	35,81%	27,15%
Não concordo nem discordo	9,61%	34,44%
Discordo	7,42%	22,52%
Discordo totalmente	0,87%	5,96%
Não respondeu	2,18%	1,32%
Média	4,17	3,10

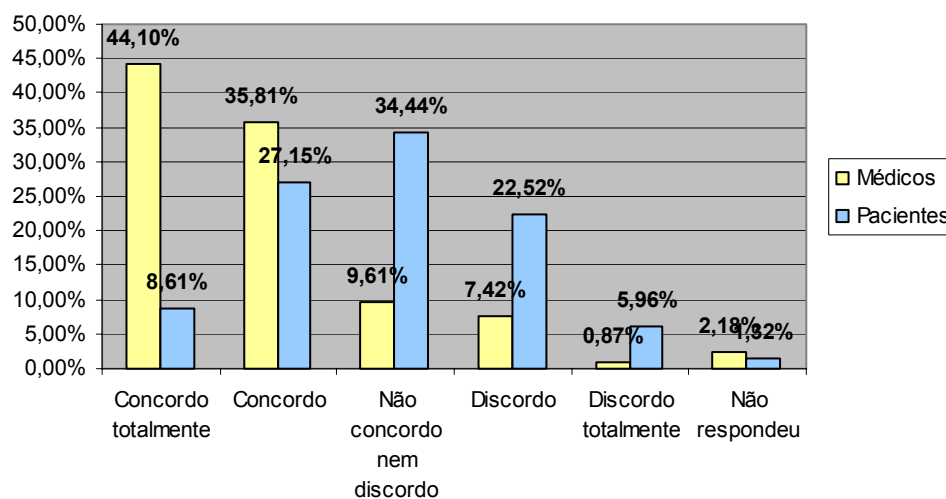


Gráfico 8.3.23 - O mercado de trabalho desfavorável

Existe uma grande diferença de percepção entre médicos que concordam com o aspecto desfavorável do mercado de trabalho (79,91%) e os pacientes (35,76%).

Tabela 8.3.24 – Remuneração do médico

Frase para os médicos: O médico ganha, na média, menos do que ele merece e precisa

Frase para os pacientes: O médico ganha, na média, menos do que ele merece e precisa

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	55,02%	11,26%
Concordo	34,06%	24,50%
Não concordo nem discordo	5,46%	37,09%
Discordo	2,18%	21,19%
Discordo totalmente	0,66%	3,97%
Não respondeu	2,62%	1,99%
Média	4,44	3,18

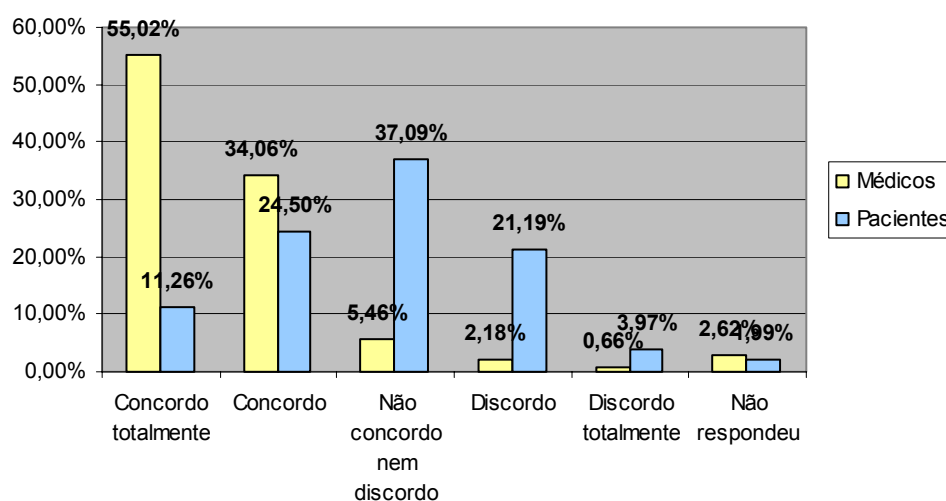


Gráfico 8.3.24 – Remuneração do médico

Novamente existe uma grande disparidade de percepção entre médicos (89,08%) que concordam com a idéia de que o médico ganha, na média, menos do que ele merece e precisa, e paciente com esta mesma posição (35,76%).

Tabela 8.3.25 – O mercado de trabalho

Frase para os médicos: As condições desfavoráveis do mercado contribuem para que o médico seja menos ético

Frase para os pacientes: As condições desfavoráveis do mercado contribuem para que o médico seja menos ético

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	20,96%	9,93%
Concordo	31,88%	27,15%
Não concordo nem discordo	12,23%	15,89%
Discordo	22,05%	27,15%
Discordo totalmente	10,26%	17,88%
Não respondeu	2,62%	1,99%
Média	3,32	2,84

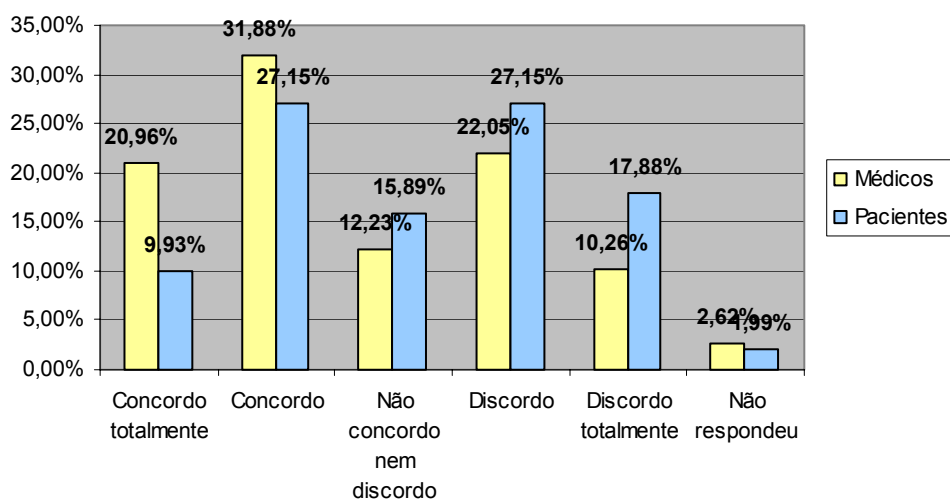


Gráfico 8.3.25 – O mercado de trabalho

A maioria dos médicos (52,84%) concorda que as condições desfavoráveis do mercado contribuem para que o médico seja menos ético. Esta posição é compartilhada por parte dos pacientes (37,08%), sendo que uma parcela maior (45,03%) discorda desta visão.

Tabela 8.3.26 – Convênios

Frase para os médicos: Os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido à baixa remuneração

Frase para os pacientes: Os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido à baixa remuneração

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	20,74%	10,60%
Concordo	26,42%	20,53%
Não concordo nem discordo	15,07%	18,54%
Discordo	26,42%	33,77%
Discordo totalmente	8,73%	15,23%
Não respondeu	2,62%	1,32%
Média	3,25	2,77

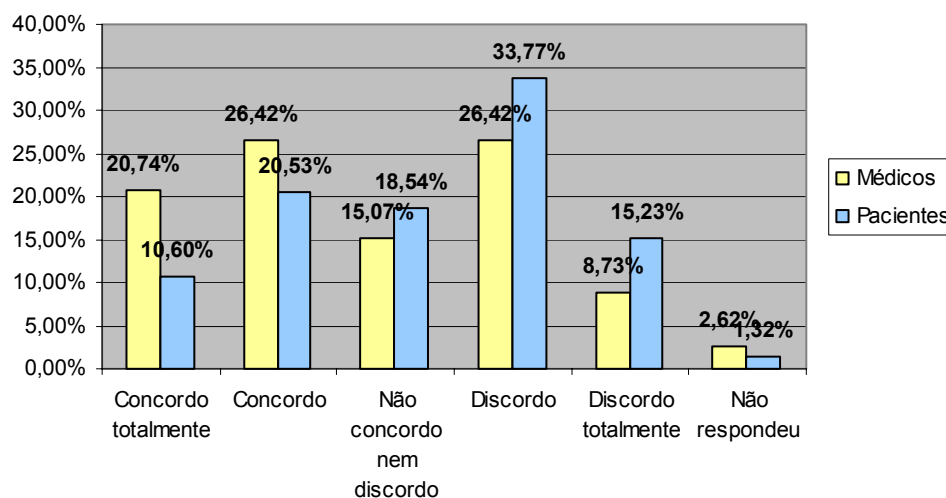


Gráfico 8.3.26 – Convênios

Notamos novamente uma posição divergente entre médicos e pacientes, embora de forma menos acentuada. Os médicos (47,16%) têm uma tendência a considerar que os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido à baixa remuneração, sendo que os pacientes (49,00%) têm a tendência a uma posição inversa.

Tabela 8.3.27 - Convênios

Frase para os médicos: Os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido às restrições técnicas

Frase para os pacientes: Os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido às restrições técnicas

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	19,65%	9,93%
Concordo	31,88%	19,21%
Não concordo nem discordo	14,41%	21,19%
Discordo	23,14%	33,11%
Discordo totalmente	7,21%	15,23%
Não respondeu	3,71%	1,32%
Média	3,35	2,75

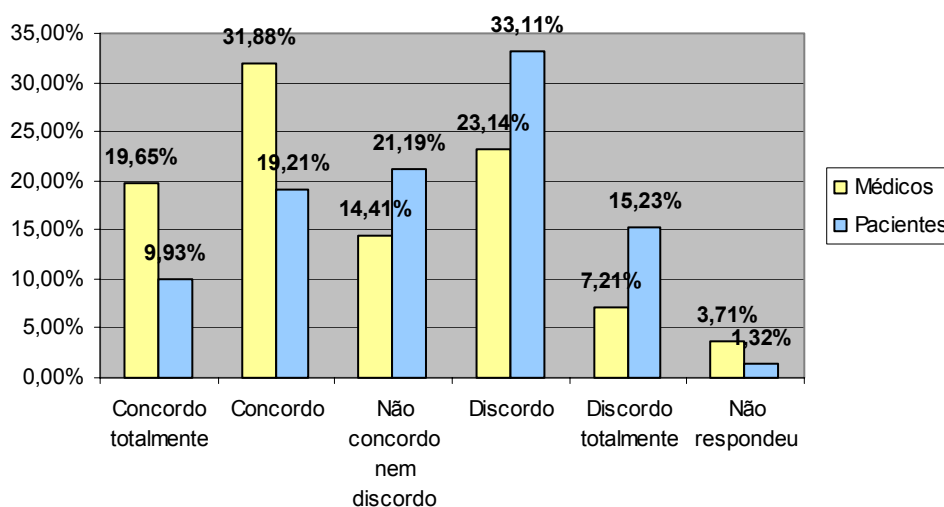


Gráfico 8.3.27 - Convênios

A posição divergente entre médicos e pacientes se apresenta novamente, com os médicos (51,53%) concordando que os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido às restrições técnicas, sendo que os pacientes (48,34%) têm a tendência a uma posição inversa.

Tabela 8.3.28 - O médico e o auto-conhecimento

Frase para os médicos: O médico deve investir em seu auto-conhecimento

Frase para os pacientes: O médico deve investir em seu auto-conhecimento

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	52,18%	49,67%
Concordo	39,30%	39,74%
Não concordo nem discordo	4,59%	5,30%
Discordo	1,09%	0,66%
Discordo totalmente	0,00%	0,66%
Não respondeu	2,84%	3,97%
Média	4,47	4,43

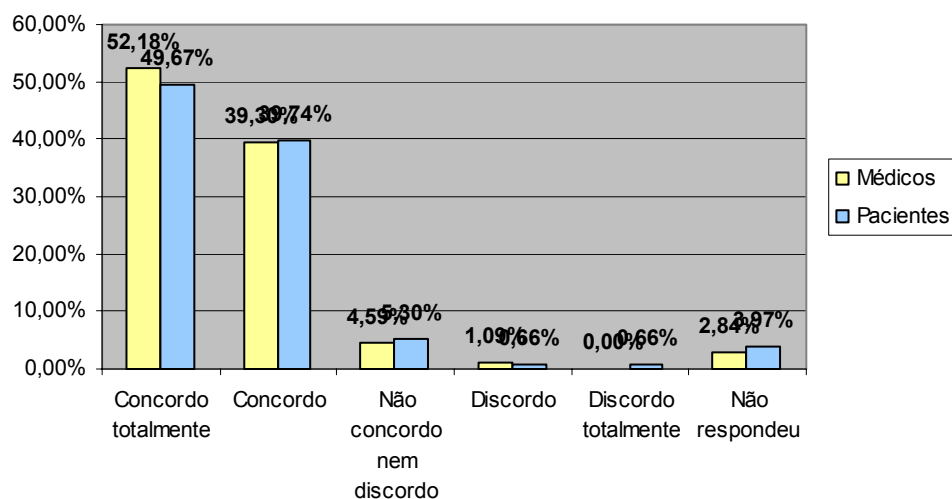


Gráfico 8.3.28 - O médico e o auto-conhecimento

A posição dos dois grupos é de concordância quase absoluta de que o médico deve investir em seu auto-conhecimento.

Tabela 8.3.29 - O médico e o auto-conhecimento

Frase para os médicos: O médico que tem um maior auto-conhecimento é mais ético

Frase para os pacientes: O médico que tem um maior auto-conhecimento é mais ético

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	32,97%	25,17%
Concordo	35,15%	23,18%
Não concordo nem discordo	18,56%	35,76%
Discordo	9,17%	10,60%
Discordo totalmente	1,09%	3,97%
Não respondeu	3,06%	1,32%
Média	3,93	3,56

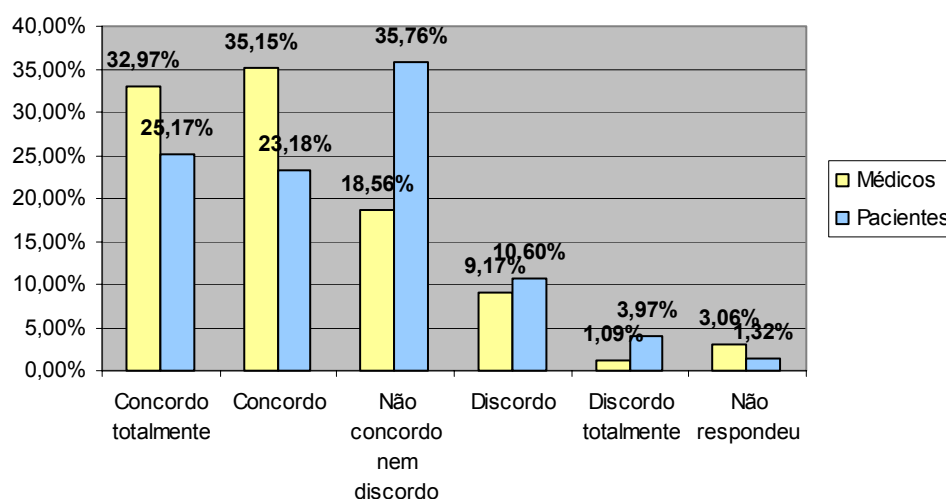


Gráfico 8.3.29 - O médico e o auto-conhecimento

Ambos os públicos também concordam que o médico que tem um maior auto-conhecimento é mais ético, sendo que esta tendência é um pouco mais forte junto aos médicos (68,12%) do que com os pacientes (48,35%).

Tabela 8.3.30 - O médico e a religião

Frase para os médicos: O médico que possui alguma prática religiosa é mais ético

Frase para os pacientes: O médico que possui alguma prática religiosa é mais ético

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	16,38%	3,97%
Concordo	24,45%	21,19%
Não concordo nem discordo	25,76%	37,09%
Discordo	20,96%	21,19%
Discordo totalmente	9,83%	14,57%
Não respondeu	2,62%	1,99%
Média	3,17	2,78

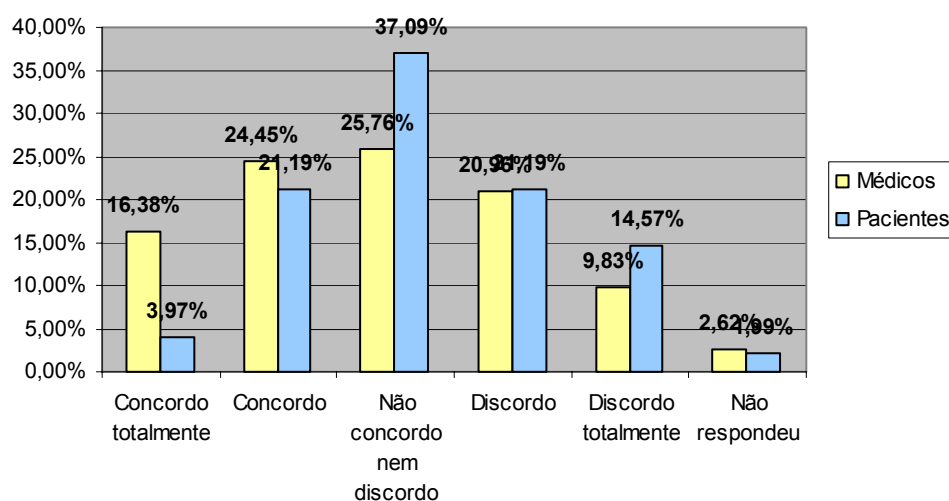


Gráfico 8.3.30 - O médico e a religião

As opiniões nos dois grupos são bastante divididas em relação à afirmação de que o médico que possui alguma prática religiosa é mais ético, sendo que os pacientes mostram maior concordância com esta afirmação.

Tabela 8.3.31 – Atitudes do médico

Frase para os médicos: O médico, em geral, tem dificuldade em reconhecer seus pontos fracos

Frase para os pacientes: O médico, em geral, tem dificuldade em reconhecer seus pontos fracos

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	15,72%	13,25%
Concordo	57,86%	41,06%
Não concordo nem discordo	14,19%	35,10%
Discordo	8,73%	7,28%
Discordo totalmente	0,87%	1,32%
Não respondeu	2,62%	1,99%
Média	3,81	3,59

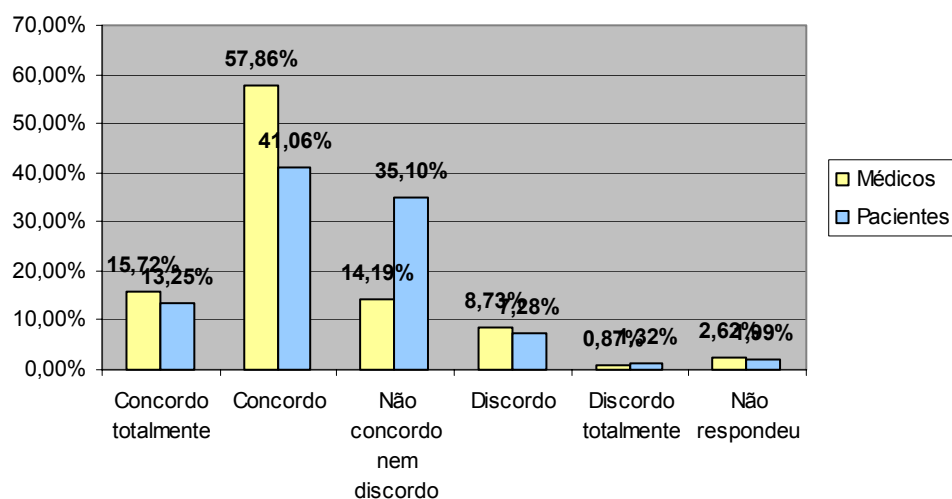


Gráfico 8.3.31 – Atitudes do médico

A maioria dos médicos (73,58%) e dos pacientes (54,31%) concorda que o médico, em geral, tem dificuldade em reconhecer seus pontos fracos.

Tabela 8.3.32 – Atitudes do médico

Frase para os médicos: O médico, em geral, tem atitudes arrogantes

Frase para os pacientes: O médico, em geral, tem atitudes arrogantes

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	10,48%	14,57%
Concordo	42,14%	37,09%
Não concordo nem discordo	21,62%	21,85%
Discordo	19,21%	21,19%
Discordo totalmente	3,28%	3,97%
Não respondeu	3,28%	1,32%
Média	3,39	3,38

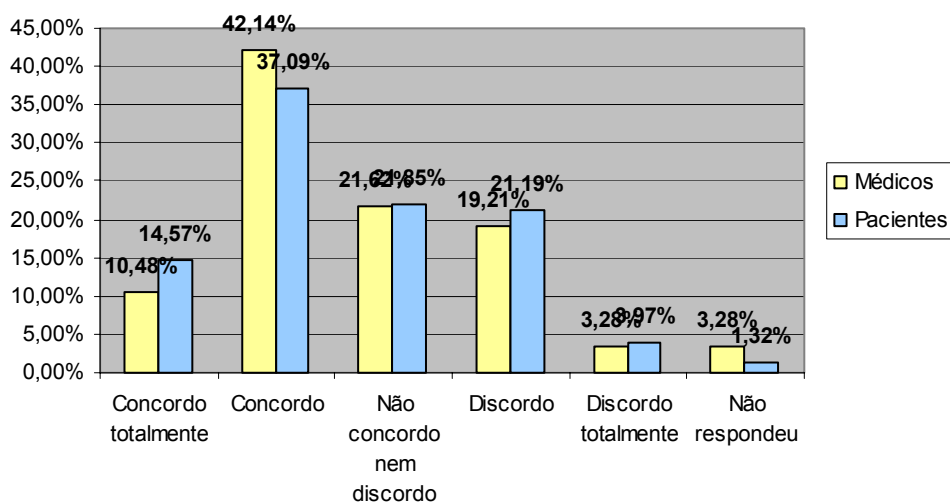


Gráfico 8.3.32 – Atitudes do médico

Médicos e pacientes têm posições muito semelhantes, sendo que a maioria dos médicos (52,62%) e dos pacientes (51,66%) concorda que o médico, em geral, tem atitudes arrogantes.

Tabela 8.3.33 - Marketing do médico

Frase para os médicos: O médico que faz marketing não é ético

Frase para os pacientes: O médico que faz marketing não é ético

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	8,30%	6,62%
Concordo	16,16%	9,27%
Não concordo nem discordo	35,37%	23,84%
Discordo	31,00%	39,74%
Discordo totalmente	5,90%	18,54%
Não respondeu	3,28%	1,99%
Média	2,90	2,45

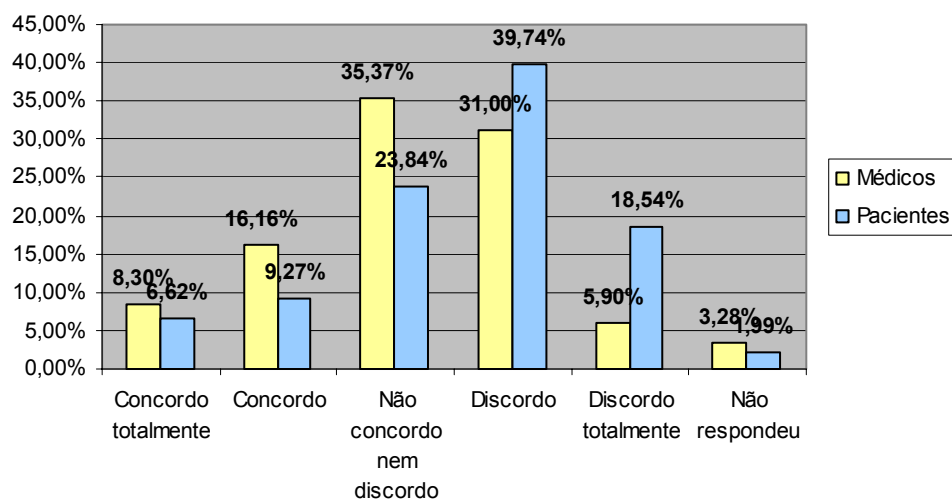


Gráfico 8.3.33 - Marketing do médico

A maioria dos pacientes (58,28%) discorda que o médico que faz marketing não é ético. Percebemos uma maior divisão na opinião dos médicos, embora uma parcela significativa (36,90) também discorde desta visão.

Tabela 8.3.34 – Capacidade de ouvir o paciente

Frase para os médicos: Eu sempre ouço tudo o que o meu paciente tem a me dizer

Frase para os pacientes: O médico sempre ouve tudo o que o paciente tem a dizer

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	18,78%	1,32%
Concordo	48,25%	17,88%
Não concordo nem discordo	13,10%	25,17%
Discordo	15,07%	48,34%
Discordo totalmente	0,87%	5,30%
Não respondeu	3,93%	1,99%
Média	3,72	2,61

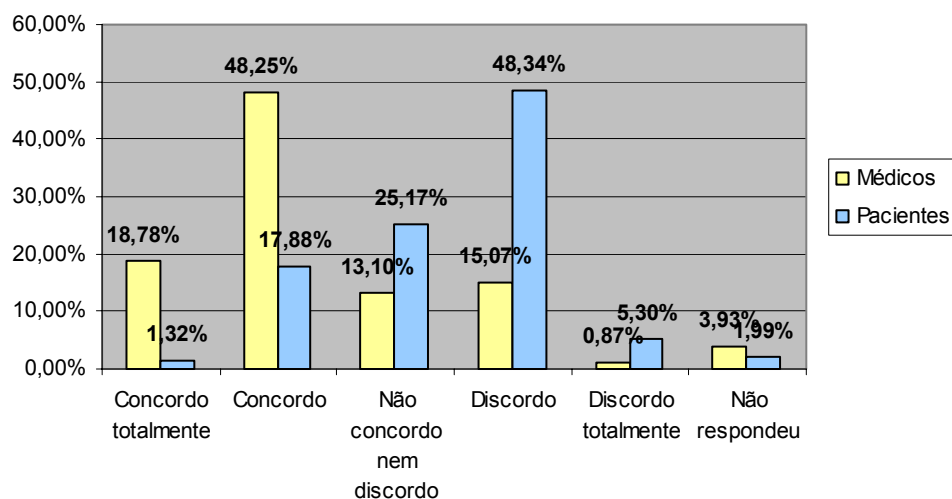


Gráfico 8.3.34 – Capacidade de ouvir o paciente

A posição divergente entre médicos e pacientes pode ser claramente notada, com os médicos (67,03%) afirmando que sempre ouvem tudo o que o paciente tem a dizer e a maioria dos pacientes (53,64%) tendo uma posição exatamente inversa, ou seja, de que esta atitude do médico não acontece.

Tabela 8.3.35 – Capacidade de ouvir o paciente

Frase para os médicos: O item que o paciente mais valoriza do médico é sua capacidade de ouvi-lo

Frase para os pacientes: O item que o paciente mais valoriza do médico é sua capacidade de ouvi-lo

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	20,52%	10,60%
Concordo	49,78%	34,44%
Não concordo nem discordo	19,43%	29,14%
Discordo	7,42%	23,18%
Discordo totalmente	0,44%	1,32%
Não respondeu	2,40%	1,32%
Média	3,85	3,30

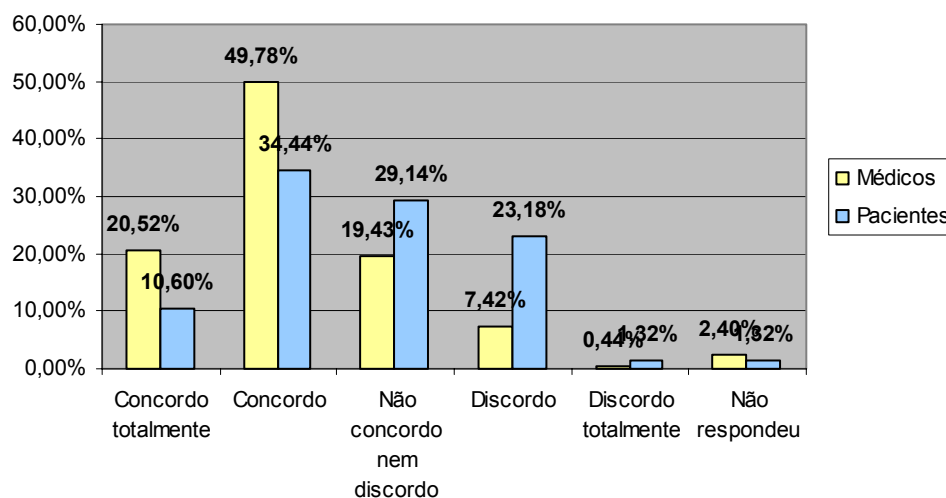


Gráfico 8.3.35 – Capacidade de ouvir o paciente

Um achado interessante vem desta questão, que mostra que a grande maioria dos médicos (70,30%) concorda com que o item que o paciente mais valoriza do médico é sua capacidade de ouvi-lo. Por outro lado os pacientes, embora com um percentual significativa (45,04%), demonstraram menor concordância com este item.

Tabela 8.3.36 – Característica da consulta

Frase para os médicos: O paciente prefere que o médico seja o mais técnico e direto possível, em uma consulta rápida

Frase para os pacientes: O paciente prefere que o médico seja o mais técnico e direto possível, em uma consulta rápida

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	1,97%	3,31%
Concordo	10,48%	21,19%
Não concordo nem discordo	19,87%	23,18%
Discordo	52,84%	41,06%
Discordo totalmente	12,45%	9,93%
Não respondeu	2,40%	1,32%
Média	2,35	2,66

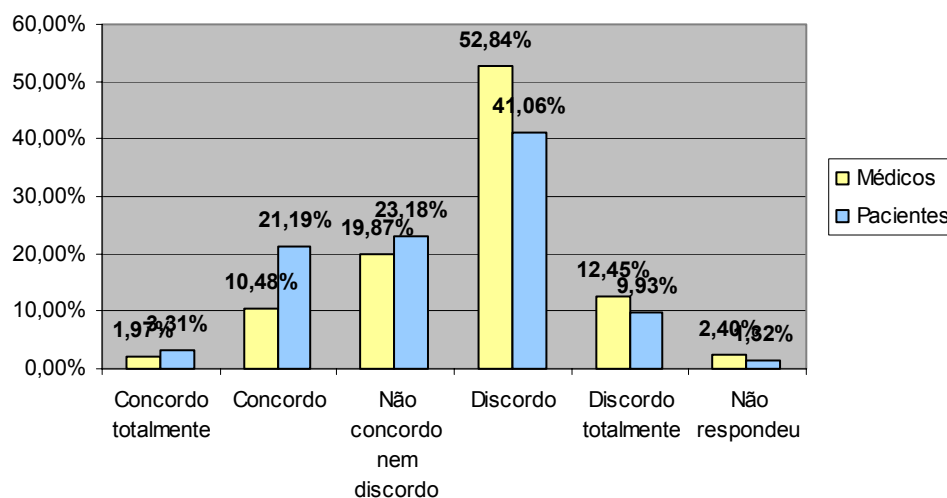


Gráfico 8.3.36 – Característica da consulta

A maioria dos médicos e dos pacientes discorda de que o paciente prefere que o médico seja o mais técnico e direto possível, em uma consulta rápida.

Tabela 8.3.37 – Sentimentos e percepções dos pacientes

Frase para os médicos: Os sentimentos e percepções do paciente têm relação direta com sua saúde

Frase para os pacientes: Os sentimentos e percepções do paciente têm relação direta com sua saúde

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	14,85%	26,49%
Concordo	55,90%	51,66%
Não concordo nem discordo	19,21%	11,26%
Discordo	7,21%	8,61%
Discordo totalmente	0,44%	0,66%
Não respondeu	2,40%	1,32%
Média	3,79	3,96

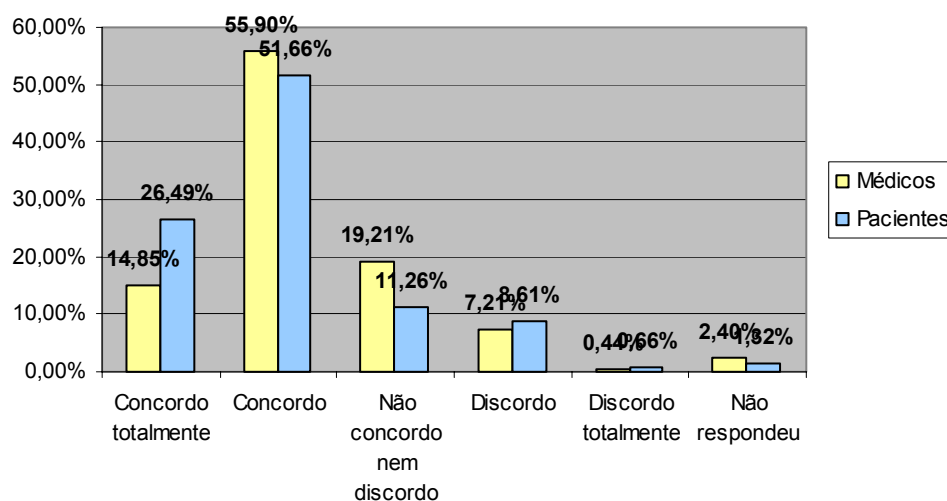


Gráfico 8.3.37 – Sentimentos e percepções dos pacientes

Médicos (70,75%) e pacientes (78,15%) compartilham fortemente a opinião que os sentimentos e percepções do paciente têm relação direta com sua saúde.

Tabela 8.3.38 – Causas das doenças

Frase para os médicos: A doença do paciente é causada basicamente por problemas físicos e biológicos

Frase para os pacientes: A doença do paciente é causada basicamente por problemas físicos e biológicos

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	2,84%	3,31%
Concordo	23,80%	22,52%
Não concordo nem discordo	14,85%	23,18%
Discordo	47,60%	43,71%
Discordo totalmente	7,21%	5,30%
Não respondeu	3,49%	1,99%
Média	2,66	2,74

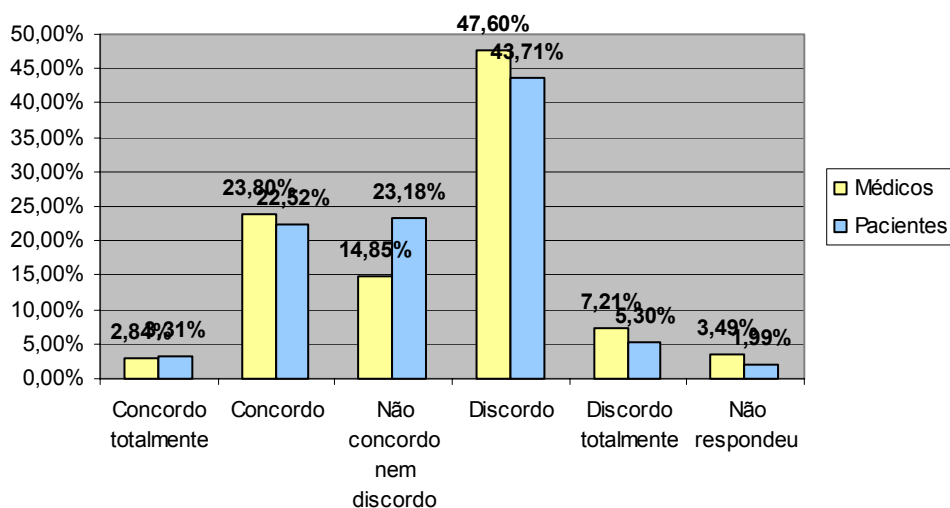


Gráfico 8.3.38 – Causas das doenças

A maioria dos médicos e dos pacientes também discorda da idéia de que a doença do paciente é causada basicamente por problemas físicos e biológicos.

Tabela 8.3.39 – Causas das doenças

Frase para os médicos: Problemas físicos e problemas emocionais têm pesos semelhantes como causa da doença do paciente

Frase para os pacientes: Problemas físicos e problemas emocionais têm pesos semelhantes como causa da doença do paciente

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	7,21%	15,23%
Concordo	48,25%	49,67%
Não concordo nem discordo	21,83%	21,85%
Discordo	18,34%	8,61%
Discordo totalmente	1,31%	1,99%
Não respondeu	3,06%	2,65%
Média	3,43	3,69

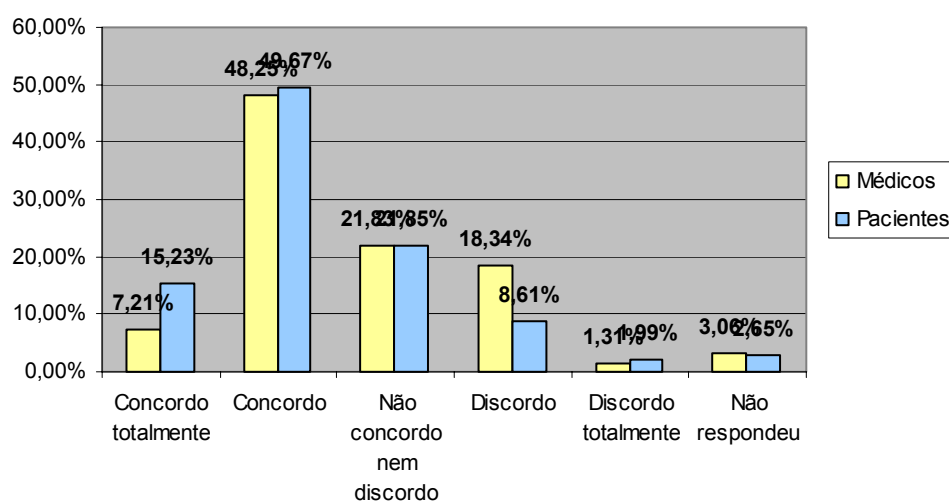


Gráfico 8.3.39 – Causas das doenças

Médicos (55,46%) e pacientes (64,90%) compartilham a opinião que problemas físicos e problemas emocionais têm pesos semelhantes como causa da doença do paciente

Tabela 8.3.40 – Causas das doenças

Frase para os médicos: A doença do paciente é causada basicamente por problemas emocionais que posteriormente se tornam físicos

Frase para os pacientes: A doença do paciente é causada basicamente por problemas emocionais que posteriormente se tornam físicos

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	2,62%	10,60%
Concordo	12,45%	24,50%
Não concordo nem discordo	23,58%	29,14%
Discordo	48,69%	28,48%
Discordo totalmente	9,17%	4,64%
Não respondeu	3,49%	2,65%
Média	2,49	3,08

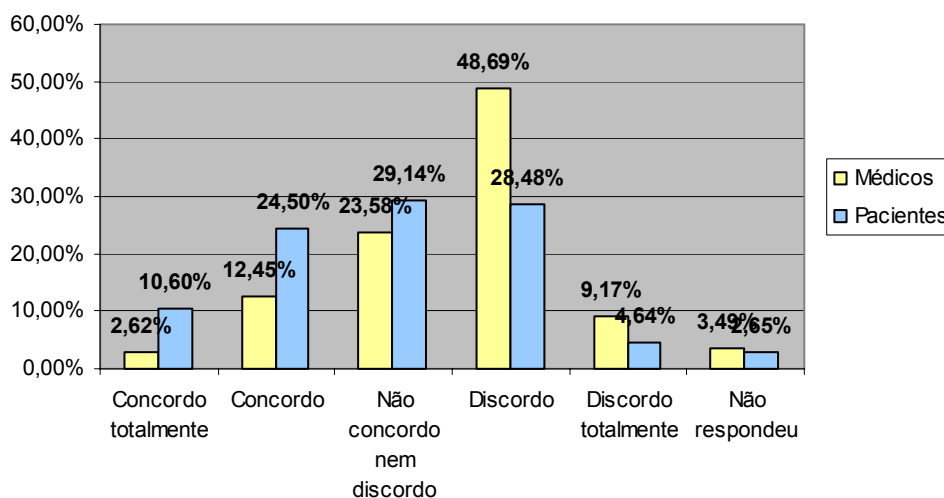


Gráfico 8.3.40 – Causas das doenças

A maioria dos médicos (57,86%) discorda de que a doença do paciente é causada basicamente por problemas emocionais que posteriormente se tornam físicos. Os pacientes possuem uma posição bastante dividida, com tendência a concordar mais do que os médicos com esta afirmação.

Tabela 8.3.41 – Relação médico-paciente

Frase para os médicos: A relação do médico com o paciente é muito importante para a cura do paciente

Frase para os pacientes: A relação do médico com o paciente é muito importante para a cura do paciente

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	51,31%	40,40%
Concordo	41,05%	47,68%
Não concordo nem discordo	2,62%	7,95%
Discordo	0,66%	0,00%
Discordo totalmente	0,00%	0,00%
Não respondeu	4,37%	3,97%
Média	4,50	4,34

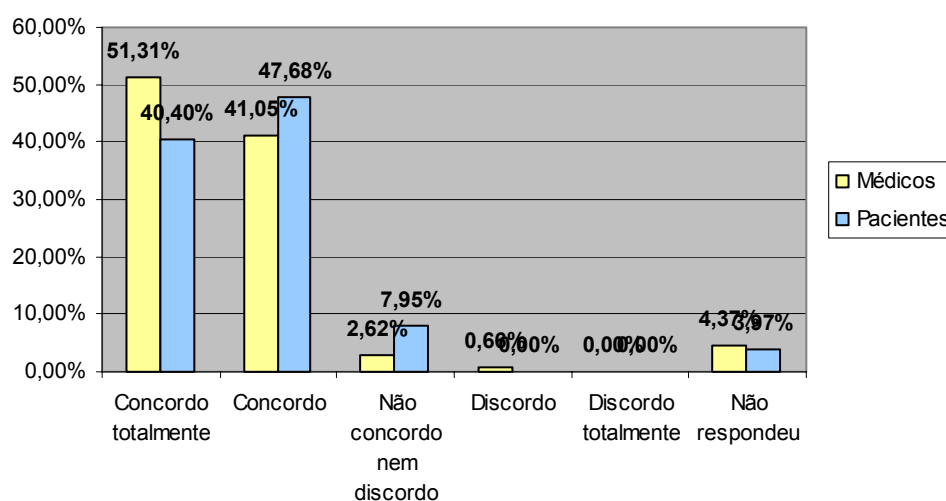


Gráfico 8.3.41 – Relação médico-paciente

A quase totalidade dos médicos (92,36%) e dos pacientes (88,08%) aponta que a relação do médico com o paciente é muito importante para a cura deste.

Tabela 8.3.42 – Preocupação com sentimentos do paciente

Frase para os médicos: Eu me preocupo com os sentimentos do paciente, como medo e ansiedade

Frase para os pacientes: O médico se preocupa com os sentimentos do paciente, como medo e ansiedade

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	36,68%	1,99%
Concordo	54,59%	26,49%
Não concordo nem discordo	5,68%	26,49%
Discordo	0,66%	35,76%
Discordo totalmente	0,22%	7,95%
Não respondeu	2,18%	1,32%
Média	4,30	2,79

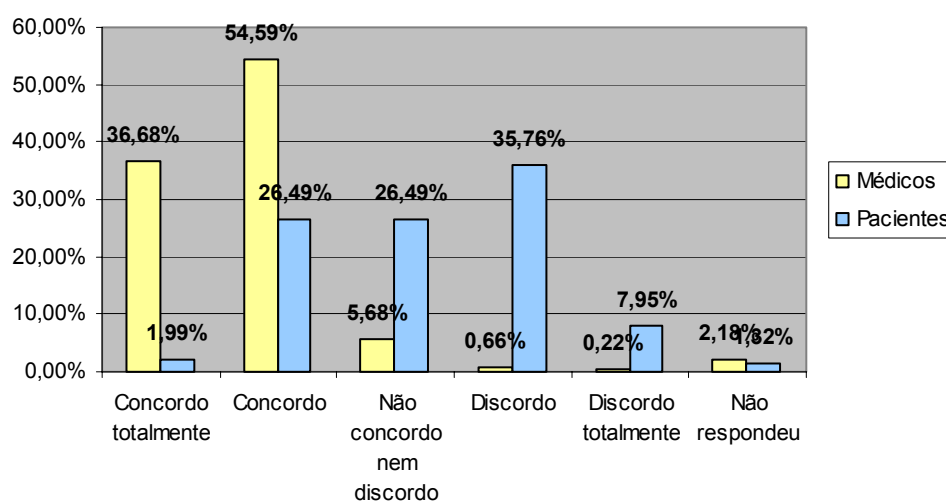


Gráfico 8.3.42 – Preocupação com sentimentos do paciente

Esta questão mostra uma enorme disparidade entre a visão do médico e a do paciente. Enquanto 91,27% dos médicos afirmam que se preocupam com os sentimentos do paciente, como medo e ansiedade, somente 28,48% dos pacientes compartilham desta posição.

Tabela 8.3.43 – Relação médico-paciente

Frase para os médicos: Mesmo sabendo da importância da relação com o paciente, o médico não dedica o tempo e a atenção necessários para este relacionamento

Frase para os pacientes: Mesmo sabendo da importância da relação com o paciente, o médico não dedica o tempo e a atenção necessários para este relacionamento

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	13,10%	11,26%
Concordo	55,24%	48,34%
Não concordo nem discordo	12,23%	25,83%
Discordo	13,97%	10,60%
Discordo totalmente	3,06%	0,00%
Não respondeu	2,40%	3,97%
Média	3,63	3,63

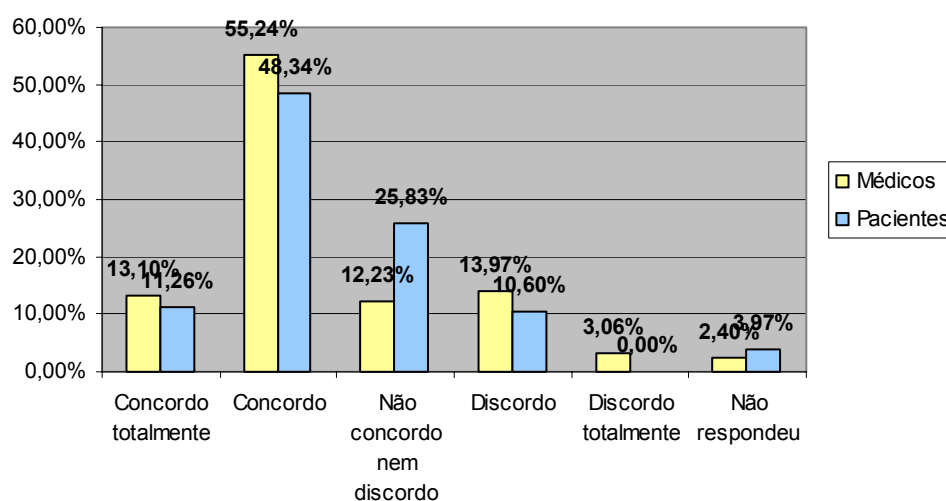


Gráfico 8.3.43 – Relação médico-paciente

A maioria dos médicos (68,34%) e dos pacientes (59,60%) concorda que, mesmo sabendo da importância da relação com o paciente, o médico não dedica o tempo e a atenção necessários para este relacionamento.

Tabela 8.3.44 – Relação médico-paciente

Frase para os médicos: O médico fala muito da importância do relacionamento com o paciente, mas não coloca isto na sua prática médica

Frase para os pacientes: O médico fala muito da importância do relacionamento com o paciente, mas não coloca isto na sua prática médica

Opinião	Médicos	Pacientes
Concordo totalmente	10,04%	13,91%
Concordo	49,78%	36,42%
Não concordo nem discordo	16,16%	27,81%
Discordo	17,03%	16,56%
Discordo totalmente	4,15%	1,32%
Não respondeu	2,84%	3,97%
Média	3,46	3,47

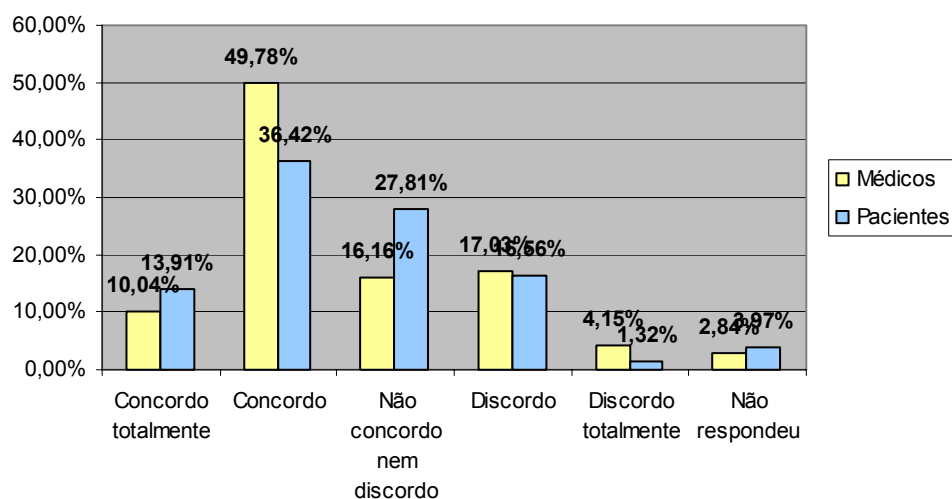


Gráfico 8.3.44 – Relação médico-paciente

A maioria dos médicos (59,82%) e dos pacientes (50,33%) concordam que o médico fala muito da importância do relacionamento com o paciente, mas não coloca isto na sua prática médica.

Tabela 8.3.45. – Aquisição de informações sobre ética

	Sim	Não	Não respondeu
Você já leu um livro sobre bioética?	45,20%	53,28%	1,53%
Você já leu um livro sobre ética ou sobre ética médica?	48,91%	49,13%	1,97%
Você já leu um livro sobre bioética, ética ou ética médica após o término da graduação?	50,00%	47,82%	2,18%
Você já leu a última versão do código de ética médica?	42,36%	55,02%	2,62%
Você participa de algum fórum de ética médica?	12,88%	84,72%	2,40%
Você já participou de algum curso específico sobre ética?	25,98%	71,18%	2,84%

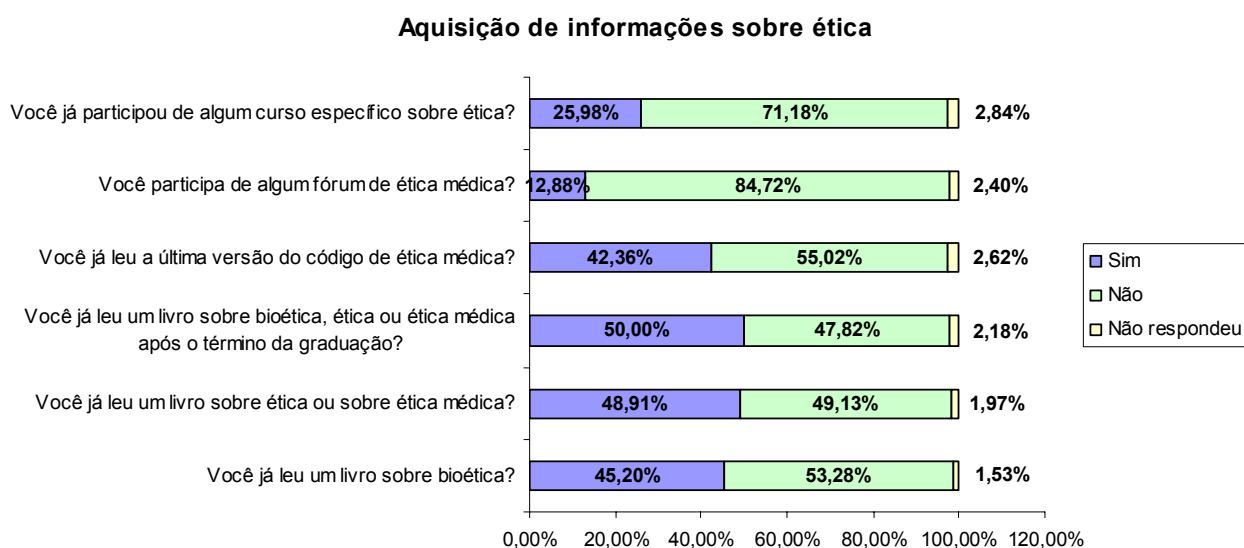


Gráfico 8.3.45. – Aquisição de informações sobre ética

O médico adquire conhecimentos sobre ética principalmente pela leitura de livros sobre Bioética, Ética ou ética médica (50%), pela leitura da última versão do código de ética médica (42,36%) pela participação em cursos sobre ética (25,98%) e pela participação em fóruns de ética médica (12,88%).

Outro dado levantado é que, do total de médicos da amostra, 37,34% afirmou nunca ter realizado nenhuma leitura de livro acerca do tema e 23,58% afirmou nunca ter utilizado nenhuma das formas de conhecimento acerca da ética acima apontadas (livro, curso, código de ética e fórum)..

Tabela 8.3.46 - Conhecimento do ano de publicação da última versão do código de ética médica

De quando é a última versão do CEM?	%
A 1988	1,97%
B Outra	8,52%
C Não sei	82,75%
X Não respondeu	6,77%

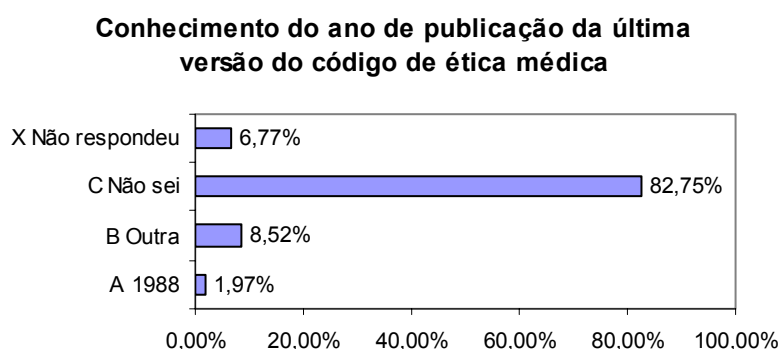


Gráfico 8.3.46. - Conhecimento do ano de publicação da última versão do código de ética médica

Apenas uma pequena minoria de cerca de 2% dos médicos informou a data correta (1988) do Código de Ética Médica.

Tabela 8.3.47. – Frequência da intenção dos médicos em adquirir informações sobre ética antes de iniciar o preenchimento da pesquisa

Antes de iniciar o preenchimento dessa pesquisa:	Sim	Não	Não respondeu
Você pretendia ler algum livro de ética?	8,73%	87,55%	3,71%
Você pretendia ler o CEM?	10,26%	86,90%	2,84%
Você pretendia fazer algum curso sobre ética?	4,59%	93,45%	1,97%
Você pretendia iniciar a participação em algum grupo sobre ética?	6,77%	91,05%	2,18%

Intenção dos médicos em adquirir informações sobre ética

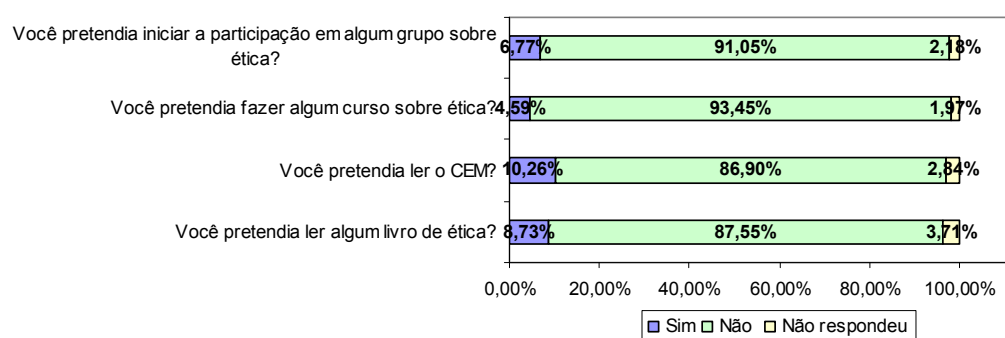


Gráfico 8.3.47. – Frequência da intenção dos médicos em adquirir informações sobre ética antes de iniciar o preenchimento da pesquisa

A maioria absoluta dos médicos mostrou não ter como prioridade nenhuma das seguintes atividades: ler livro de ética, ler o Código de Ética Médica, participar de curso ou grupo sobre Ética. Do total dos médicos pesquisados, 78,38% afirmou que não tem prioridade para nenhum dos itens acima referidos.

Tabela 8.3.48. – Frequência de práticas religiosas e de auto-conhecimento

Prática	Sim	Não	Não respondeu
Você faz ou fez terapia?	28,60%	69,65%	1,75%
Você realiza algum trabalho de auto-conhecimento?	18,56%	79,48%	1,97%
Você pratica algum tipo de meditação?	24,89%	73,14%	1,97%
Você realiza alguma prática religiosa?	42,14%	55,68%	2,18%

Práticas religiosas e de auto-conhecimento

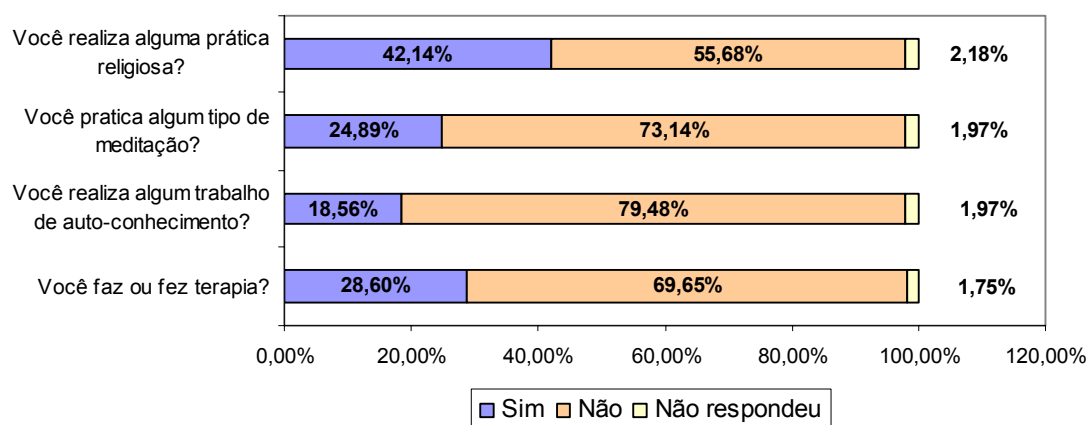


Gráfico 8.3.48. – Frequência de práticas religiosas e de auto-conhecimento

Tabela 8.3.49. – Práticas religiosas e de auto-conhecimento

Prática	Sim
Você faz ou fez terapia?	28,60%
Você realiza algum trabalho de auto-conhecimento?	18,56%
Você pratica algum tipo de meditação?	24,89%
Você realiza alguma prática religiosa?	42,14%

A prática religiosa foi a atividade mais citada pelos médicos (42,14%), seguida da terapia (28,60%), meditação (24,89%) e trabalho de auto-conhecimento (18,56%). Do total de médicos, 49,56% afirmou que não realiza atividades de terapia, meditação e trabalhos de auto-conhecimento.

8.4. Limitação da Pesquisa

Uma limitação desta pesquisa é o fato de, ao analisarmos as ações dos médicos, estamos abordando um grupo profissional não homogêneo. Em outras palavras, a eventual verificação de conduta não ética, de falta de conhecimento sobre Ética e/ou falta de priorização da ética, ou qualquer outra ação ou percepção está relacionada a uma parcela dos médicos, e não à sua totalidade.

A magnitude percentual de médicos enquadrada em uma determinada característica também será objeto de nossa observação.

8.5. Conclusões da Pesquisa de Campo

O perfil dos médicos de nossa amostra apresenta algumas semelhanças com os resultados já citados das pesquisas com médicos mostrados nos trabalhos de MACHADO (1997) e de CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2004), particularmente referente ao percentual dos médicos que aceitam convênios, sendo 79,48% em nossa amostra, 79,1% em MACHADO (1997) e 75% em CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2004), e ao percentual que

trabalha em consultório, sendo 76,86% em nossa amostra e 67% em CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2004). Os perfis dos médicos e dos pacientes estão no apêndice da Tese.

O respeito à autonomia do paciente em escolher pela realização do tratamento foi verificado nas perguntas sobre o esclarecimento de informações e sobre quem efetivamente decide sobre a realização do tratamento.

Podemos notar que os esclarecimentos mais freqüentes assinalados por médicos e pacientes foram em relação à natureza da doença e suas causas prováveis, os riscos existentes em não se tratar adequadamente a doença e a responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da mesma. Estas informações, particularmente as duas últimas, parecem estar mais inclinadas a influenciar o comportamento ou adesão esperada do paciente do que direcionadas ao princípio de autonomia, embora sejam partes integrantes deste.

Entendemos que a autonomia existe quando realmente o paciente participa da decisão, seja de forma isolada ou em conjunto com sua família e/ou médico. Os resultados mostraram que, considerando as respostas que apontam para a participação do paciente em 100% dos casos, temos que apenas 67,03% dos médicos e 43,4% dos pacientes afirmaram que isto efetivamente ocorre. Os pacientes ainda assinalaram um considerável percentual de médicos (31,79%) que decidem sozinhos ou na maioria dos casos, enquanto que os médicos apontaram um percentual bem menor (10,04%). Fica clara a diferença de percepção sobre quem efetivamente decide a realização do tratamento.

O paciente possui uma menor percepção de erro técnico do médico, especificamente no diagnóstico, prognóstico e realização de procedimento, o que é coerente com a sua falta de conhecimento técnico necessário para esta avaliação.

Podemos perceber a resistência que o profissional apresenta para a realização de ações de marketing. A análise ética equivocada também é evidente, com um grande número de médicos considerando as ações de marketing normais como antiéticas, particularmente as de solicitar aos pacientes que indiquem seus serviços a outros pacientes, de enviar um folder para não pacientes e de fazer propaganda em jornal.

É interessante notar que a maioria dos médicos se considera totalmente ética por fazer sempre o melhor para o seu paciente. Entretanto, 24,52% dos pacientes não consideram o seu médico totalmente ético.

Um percentual significativo de médicos (39,73%) demonstra que estes concordam ou concordam totalmente que não falam tudo o que pensam ao paciente.

A duração da consulta é um dos fatores importantes na atenção médica, pois permite ao médico tempo para efetivamente interagir com o paciente. A percepção da maioria dos pacientes de que o tempo dedicado pelo médico ao atendimento de pacientes particulares é maior do que aos pacientes de convênio, e a praticamente inexistência da informação para o paciente é um fator que pode influenciar na qualidade percebida do serviço médico e na confiança do paciente. A confiança está vinculada com a existência de integridade e confiabilidade, sendo também influenciada pela transparência. A falta de informação ou transparência pode diminuir a confiança devido a uma maior percepção de incerteza ou risco. Os médicos e pacientes tem percepções semelhantes em relação às ações de marketing ou comunicação consideradas como éticas. Por outro lado, os pacientes citaram uma pequena efetivação concreta destas ações de marketing pelos médicos. Estes resultados apontam para uma baixa percepção pelo paciente de atividade de marketing do médico, coerente com o que observamos na literatura.

Os resultados obtidos referentes à forma como o médico adquire conhecimentos sobre ética, foram, em ordem decrescente: 1) a leitura de livro sobre Bioética, Ética ou ética médica; 2) a leitura da última versão do código de ética médica; 3) a participação em curso sobre ética; e 4) a participação em fórum de ética médica.

Os pacientes demonstraram uma maior percepção de sua responsabilidade sobre a própria saúde em comparação aos médicos.

O benefício de ter um claro sentido de vida, a posição de que o médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor e que o médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida são consensos entre médicos e pacientes.

Algumas diferenças de percepções entre médicos e pacientes ficaram bastante evidenciados em nossa pesquisa. Entre elas, podemos citar:

- Enquanto cerca de 63% dos médicos afirmaram já terem admitido claramente que erraram, apenas 5,30% dos pacientes afirmaram que isto já aconteceu.
- 69,21% dos médicos afirmaram que o tempo de consulta dedicado a pacientes de convênio e particulares é o mesmo, apenas 15,23% dos pacientes demonstraram esta mesma percepção.
- 59,6% dos pacientes concordam ou concordam totalmente que o médico deveria ser mais humilde enquanto apenas 22,49% dos médicos concordam ou concordam totalmente com esta necessidade de desenvolvimento da humildade.
- 79,91% dos médicos concordam ou concordam totalmente com o aspecto desfavorável do mercado de trabalho enquanto apenas 35,76% dos pacientes tem esta mesma visão.

- 89,08% dos médicos concordam ou concordam totalmente com a idéia de que o médico ganha, na média, menos do que ele merece e precisa, sendo que apenas 35,76% dos pacientes compartilham desta mesma posição.

Outros aspectos sobre os achados da pesquisa estão dentro do próximo capítulo, ou seja, na conclusão deste trabalho.

Conclusões da Tese

Apresentamos as nossas principais conclusões desta Tese divididas em duas partes. Na primeira parte mencionamos nossas sugestões para o desenvolvimento da Ética nas ações do médico, incluindo um conjunto de ações que podem ajudar estes profissionais. Na segunda parte abordamos as conclusões finais do nosso trabalho, incluindo suas limitações e sugestões para o desenvolvimento de outros trabalhos.

Sugestões para o desenvolvimento da Ética nas ações dos médicos

O levantamento bibliográfico, a pesquisa e nossa reflexão sobre o tema desta Tese nos permite sugerir algumas ações ou itens que podem facilitar o desenvolvimento da Ética nas ações dos médicos, particularmente no relacionamento com o paciente. Ao falarmos de relacionamento, e sendo o médico um prestador de serviços, entendemos que o marketing está presente.

Código de Ética e Relacionamento com o Paciente

Um dos aspectos que poderiam aumentar a percepção e auto-observação do médico e de sua equipe seria a elaboração de um código de ética e relacionamento com o paciente do consultório, clínica ou ambiente de trabalho do médico. Neste código também estariam previstos aspectos direcionadores das ações de marketing de relacionamento, como o tipo de informação que deve ser oferecido ao paciente.

Embora seja comum em instituições maiores, este código pode ser elaborado por um médico que atue em um pequeno consultório.

É importante estabelecer uma diferença entre este código e o Código de Ética Médica. O Código de Ética Médica deve ser observado por todos os médicos. O código de Ética e relacionamento com o paciente é um código individual, a partir das reais convicções do médico, orientando seu comportamento sem um aspecto coercitivo legal, ou seja, sem possibilidade de punição externa por seu descumprimento.

Este documento poderia ser bastante simplificado, com o objetivo central de servir como uma referência e constante lembrança do que é esperado e adequado ao relacionamento com o paciente. É um documento de consulta interna, mas que pode ser divulgado aos

clientes/pacientes e parceiros, sendo utilizado como uma ferramenta de comunicação e marketing.

Um aspecto fundamental é que toda eficácia de qualquer código está diretamente relacionada com o real compromisso dos que a ele estão submetidos. Aqui reside a integridade do médico. Sua existência torna-se uma promessa, interna e externa, que exige seu real cumprimento. ARRUDA (2002) esclarece que “os códigos tornam claro o que a organização entende por conduta ética. Procuram especificar o comportamento esperado dos empregados e ajudam a definir marcos básicos de atuação” (p.5).

A elaboração do código deve ser feita com uma ampla discussão e participação dos envolvidos, evitando-se a simples cópia de outros códigos, já que sua elaboração carrega um processo reflexivo importante. O código de ética específico do profissional, ou de uma instituição de saúde que ele faça parte, deve servir como um apoio para o seu raciocínio e constante atenção. Um interessante exemplo de como isto pode ser posto em prática é a forma constante no Código de Ética da empresa “BCP”, que orienta o funcionário quando ele tem dúvida sobre a eticidade de determinada ação ou decisão:

“Se você tiver dúvidas envolvendo questões éticas sobre determinada ação ou decisão, pergunte-se, por exemplo, se o que você está fazendo:

É legal e autorizado.

Viola alguma lei civil ou os princípios da BCP.

É justo com todos os envolvidos a curto e longo prazos.

Poderá prejudicar alguma das partes envolvidas, favorecendo indevidamente a outra.

Afeta o respeito que você sente por si mesmo.

Compromete seus valores éticos pessoais.

Causaria problemas a você se fosse publicado na primeira página do jornal” (ARRUDA, 2002, p.33).

Conselhos, Comitês, Comissões ou Fóruns Permanentes de Ética

A participação regular do médico em grupos de análise e discussão, chamados de conselhos, comitês, comissões ou fóruns permanentes de ética, permite a dedicação de um tempo específico para a constante reflexão sobre o tema.

GUIA (2001) sugere a formação e existência de Conselhos e Comissões da Ética, pois permitem, ao menos teoricamente, um espaço ampliado de discussão, e não apenas de julgamentos.

Este espaço para pesquisa, expressão e discussão de visões permite a apreciação de questões, estando desvinculado do âmbito legal, permitindo um diálogo claro e transparente - sem o medo de expor reais posições - e sendo um efetivo movimento de conscientização sobre a Ética.

Estes conselhos, comissões ou fóruns podem estar ligados a uma instituição, como já existem em hospitais, ou formados por colegas médicos independentes. Um aspecto importante é seu foco na análise e na reflexão, em vez de julgamento. As comissões de ética atuantes em hospitais, por exemplo, são formadas e possuem certas obrigações de julgamento, conforme determinação do Conselho Federal de Medicina. Acreditamos que, embora estas comissões já formadas representem um espaço para reflexão, e devam acatar as obrigações do CFM, o foco na discussão sem julgamento também deve fazer parte de seus objetivos. Este foco para pesquisa, avaliação e reflexão da Ética sem julgamento é importante por causa das penalizações existentes aos autores da ação, que podem ser tanto legais ou formais. Se o espaço apenas julga e penaliza a conduta anti-ética, entendemos que isto desestimula uma conversa franca, devido ao medo de represarias de qualquer natureza, tanto reais como imaginárias. Este entendimento está de acordo com o que sinalizamos na influência dos aspectos psicológicos e de nossa tendência a esconder ou negar nossa sombra.

Este entendimento está de acordo com as razões pelas quais MORATH (1998) afirma que a pesquisa e discussão sobre erros na área de saúde pedem pela existência de um lugar seguro, onde os erros podem ser notificados, pesquisados e apurados. A falta deste espaço dificulta que os erros sejam entendidos e evitados.

BERTOLOMEU (1995), apud SANCHES (2004), entende que os comitês de ética são fundamentais no processo de normatização de uma conduta profissional. Entendemos que a normatização pode ser uma das atribuições destes comitês, entretanto seu foco maior deve ser o de espaço para a reflexão.

As limitações destes conselhos e comissões, como esclarece SANCHES (2004), são a própria natureza humana, os problemas hierárquicos, o corporativismo, as influências externas de instituições e forças ideológicas. Entendemos que o empenho para a percepção destas limitações é “material de escola” para o aprendizado que estes grupos possibilitam, não invalidando os seus benefícios.

Parâmetros para reflexão

Semelhante ao código de Ética e relacionamento com pacientes, outros instrumentos podem ser utilizados para facilitar a análise e a reflexão pelo médico sobre a eticidade de suas ações.

Estes instrumentos podem ser assertivas para a ação do médico, como o apresentado nesta Tese, questionários e pesquisas sobre o tema, afirmações e frases de conteúdo reflexivo, entre outros.

Como já assinalado, nos comentários que obtivemos dos médicos respondentes à nossa pesquisa, o benefício e a oportunidade de refletir sobre a sua própria ética foi uma das mais frequentes citações.

Educação

A educação é apontada por vários autores como o caminho para a busca de uma sociedade mais ética. A educação sobre Ética é um importante elemento para estimular e embasar a reflexão crítica.

Neste sentido, FREIRE (1979), apud URDAN (2003), “fala da importância de uma educação a serviço da tomada de consciência e atitude crítica, ensejando aos seres humanos escolher e decidir. Uma educação que liberte o indivíduo em vez de submetê-lo ou adaptá-lo à sociedade, promovendo-o em sua própria linha de crescimento” (URDAN, 2003, p.13). É esta educação que permitirá uma ampliação da consciência do médico e um agir rumo à felicidade, sua e de seus pacientes.

GRISARD (2002) comenta que “a carência de conhecimentos sobre ética médica, observada em boa parte dos médicos, e a frequência das denúncias por infração ética junto ao Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina são boas razões para estimular e desenvolver o ensino da disciplina Ética Médica” (p.101).

ARRUDA (2002) esclarece que a educação para a ética ajuda a desenvolver as habilidades de raciocínio crítico necessárias à resolução de difíceis dilemas éticos no trabalho.

Nesta busca de uma educação ou treinamento para a ética, CHADWICK (1993) aponta o exemplo de um modelo de treinamento em que a ética, a lei e as habilidades de comunicação são trazidas em conjunto em um estudo de caso para treinamento clínico dos médicos.

Um dado que contribui para a sugestão de como deve ser a educação ética em medicina é um estudo realizado sobre o ensino da ética, por SIQUEIRA; SAKAI; EISELE (2002) em 79 escolas de Medicina do Brasil. Apontou, entre outras conclusões, que: 1) o ensino da ética é voltado quase que exclusivamente para a Deontologia, ou seja, para aspectos ético-legais, como o Código de Ética Médica, tendo menor espaço para uma visão ética mais geral; 2) apenas uma pequena carga horária é dedicada ao tema, já que de um total de 8.640 horas/aula, somente 50 horas, em média, foram oferecidas para o ensino de ética, o que equivale a 0,6% da carga horária integral do curso; 3) a quase totalidade dos docentes (90%) possuía uma

formação unicamente médica, o que, no mínimo, limita a perspectiva multi-disciplinar da ética.

HOSSNE e HOSSNE (1998) também analisam que o ensino da Ética dentro dos cursos de Medicina tem uma abordagem primordialmente sob o ângulo da deontologia, do Código de Ética Médica, o que não estimula a reflexão crítica sobre valores.

HOSSNE e HOSSNE (1998) descrevem uma interessante experiência realizada com estudantes de Medicina, em que foi feito um teste sobre decisões éticas logo no início do curso e outra no seu final. Sobre essa pesquisa junto aos alunos, foram tecidas algumas considerações:

A realização do teste foi importante, nos dois momentos. O 1º teste, realizado no início do curso, antes da primeira aula, despertou, segundo os mesmos, interesse pelo conteúdo da disciplina, originando, inclusive, algumas angústias. Ainda segundo avaliação dos alunos, no 2º teste os estudantes sentiram-se, de um lado, mais seguros e, por outro, mais conscientes da importância da liberdade de reflexão, embora com obediência aos princípios do Código de Ética Médica (HOSSNE e HOSSNE, 1998, p.131).

Um exemplo de como o médico pode lidar com suas emoções ao ouvir o paciente é o método desenvolvido pela médica norte-americana Rita Charon, diretora do Departamento de Humanidades e Medicina da Universidade Columbia, em Nova York, que incentiva o aluno a registrar suas próprias reações diante de cada caso que chega a suas mãos. Segundo depoimento desta médica: "Eu costumo dizer a meus alunos: 'Se você trata um senhor com câncer de próstata e ele o faz lembrar seu avô que morreu da mesma doença, escreva sobre seus sentimentos'" (BUCHALLA, 2004, p.85).

FRANKL (1994) sugere que a educação seja direcionada para a responsabilidade. Ser responsável é ser seletivo, é escolher.

GUIA (2001) acrescenta que "há consenso de que o ensino da ética, não como regra soberana, mas como um conjunto de valores plurais que devem ser cultuados no sentido de aperfeiçoarmos nossa humanidade, ainda não foi devidamente contemplado durante o processo de educação e treinamento médico" (p.238).

GULINELLI et al (2004) mostram que a educação também deve incluir conhecimento e desenvolvimento de habilidades de comunicação, pois sugere que "informar o paciente de forma detalhada e compreensível e discutir com ele as opções terapêuticas devem ser habilidades e atitudes enfatizadas na formação médica" (p.41).

Uma sugestão a ser feita para a melhora da atuação ética dos médicos é a inclusão de cursos de educação continuada em psicologia, voltado a estes profissionais, com o objetivo de acrescentar mais subsídios à prática do trabalho médico. Esta capacitação poderia aumentar o entendimento do paciente e, segundo GROSSEMAN (2002), ajudar a diminuir seu sofrimento no trabalho. A autora esclarece que abordar a dimensão psíquica do médico no trabalho pode, entre outras coisas, “colaborar para que ele lide melhor com, ou até mesmo supere suas limitações - frente ao envolvimento com o paciente e seus responsáveis e ao seu dia-a-dia – e promova sua qualidade de vida e a interação com os colegas de trabalho e a equipe de saúde”. (p. 263)

Desta forma, a educação sobre Ética é um elemento importante no processo de atuação ética. Entendemos que esta educação deve ser constante, com carga horária adequada à sua importância, e estar presente tanto em cursos de graduação e pós-graduação de Medicina, como em congressos e cursos específicos sobre o tema. A abordagem da Ética deve permitir a reflexão e a internalização dos seus conceitos, influenciando efetivamente as ações e as motivações do médico.

Além da Ética, a educação sobre comunicação e psicologia também nos parece adequada e importante, face à necessidade do médico em seu relacionamento com o paciente e consigo mesmo.

Outras Sugestões

No processo de encontrar uma forma de atuação mais ética, LAMA e CUTLER (2000) assinalam que o que determina nossa percepção e nosso nível de satisfação das coisas, é a nossa tendência em nos comparar com os outros. “Nossa sensação de contentamento sofre forte influência da nossa tendência à comparação” (p.24). Isto significa que, se formos capazes de evitar ou tomar consciência da nossa tendência à comparação, diminuiremos certos comportamentos que nos conduzem na direção errada, ou seja, na direção contrária à Ética.

Entendemos que todo movimento em prol da tomada de consciência e reflexão pelo médico terá efeitos diretos em sua atuação. Assim, o movimento, qualquer ele que seja, é importante.

Conjunto de ações para uma atuação mais ética do médico

Como resultados de nossa reflexão e da análise da literatura exposta neste trabalho, elaboramos um conjunto de ações que acreditamos poder ajudar ao médico no seu processo de tornar sua ação cada vez mais ética. Este conjunto de ações está estruturado no reconhecimento das necessidades para ser ético e na tomada de ações para que o médico supra

estas necessidades, procurando abarcar os diferentes aspectos que influenciam a conduta do médico, sem determinar ou avaliar qual vem primeiro, qual é o mais importante, e quanto de dedicação deve ser empregada a cada um. Alguns itens são complementares aos outros, pois não há uma divisão precisa de quando começa um e termina o outro.

Este conjunto possui elementos semelhantes às referências de ação apresentadas no capítulo 7, mas estabelece um formato distinto, com ações mais gerais e direcionadas à sua formação e processo de reflexão.

O último item é um desdobramento do quarto item. Foi apontado separadamente devido à importância que acreditamos que ele possua, no processo de integridade do ser humano, já que conduz à integração de partes normalmente relegadas, possibilitando um verdadeiro e total agir e ser ético.

1) Conhecimentos e Habilidades Médicas

Necessidade: Conhecimentos e habilidades técnico-científicas na área médica, tanto geral quanto específica de sua especialidade ou área de interesse/atuação.

Ações: a) buscar estes conhecimentos e habilidades por meio das diversas formas de capacitação técnica, como cursos, livros, congressos, Internet, grupos de estudos, entre outros; b) aprender por meio da atuação/observação prática.

2) Conhecimentos sobre Ética

Necessidade: Conhecimentos sobre Ética e Bioética, sobre responsabilidades, valores, atitudes e comportamentos relacionados com a ética geral e do médico, para usar a consciência e a capacidade intelectual a serviço da atuação ética.

Ações: a) buscar estes conhecimentos por meio das diversas formas de capacitação técnica, como cursos, livros, congressos, Internet, grupos de estudos, entre outros; b) aprender por meio da atuação/observação prática.

3) Conhecimentos sobre a Psique Humana e Relacionamento Inter-pessoal

Necessidade: Conhecimentos sobre psicologia humana, relacionamento e comunicação interpessoal, relacionados a pessoas em geral como específicos na situação e relação médico-paciente.

Ações: a) buscar estes conhecimentos por meio das diversas formas de capacitação técnica, como cursos, livros, congressos, internet, grupos de estudos, entre outros; b) aprender por meio da atuação/observação prática.

4) Auto-observação e Auto-conhecimento

Necessidade: Auto-conhecimento de si mesmo, de sua psiquê, de suas características construtivas/positivas e destrutivas/negativas, conscientes, semi-conscientes e inconscientes,

para entender os mecanismos psicológicos (como os de transferência) e suas influências nos comportamentos frente a diversas situações com o paciente.

Ações: a) reflexão e auto-observação diária, utilizando os acontecimentos do dia-a-dia, por meio de um processo reflexivo e analítico; b) buscar apoio e acompanhamento psicológico com terapeuta capacitado; c) práticas de meditação.

5) Sentido de Vida

Necessidade: Clareza da motivação que leva a agir, a trabalhar, a viver, tendo uma clara percepção da razão existente por detrás do que se faz.

Ações: a) reflexão contínua sobre si mesmo, sobre o que verdadeiramente faz com que se sinta pleno no que faz, sem dúvidas, sem qualquer tipo de angústia; b) atividade espiritual e/ou religiosa; c) práticas de meditação.

6) Reconhecimento dos aspectos negativos da Sombra

Necessidade: Clareza das reais motivações e ações negativas, com foco na forma como elas atuam no comportamento.

Ações: a) reflexão e auto-observação diária de todos os incômodos, conflitos e situações negativas que nos encontramos, por meio de um processo reflexivo e analítico; importante agir com honestidade, sinceridade, aceitação, firmeza e gentileza para consigo mesmo; b) buscar apoio e acompanhamento psicológico com terapeuta capacitado; c) práticas de meditação.

Conclusões Finais

Na introdução desta Tese, tivemos a abordagem e o entendimento de que, para que o médico agisse de forma ética frente ao paciente, particularmente no seu relacionamento e comunicação, era importante que ele trouxesse à sua atuação os conhecimentos e abordagens de diversas áreas e disciplinas, como Ética, Bioética, Responsabilidade, Psicologia e Marketing.

Ao fazermos uma revisão na literatura encontramos uma total coerência com estes pressupostos, bem como com a influência destas temáticas no comportamento do médico e a possibilidade de realizar uma integração entre elas.

Iniciamos com o levantamento da influência da relação médico-paciente e dos fatores mentais e emocionais do paciente para o seu processo de cura (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1994; DANTAS, 1989, 1997; DOSSEY, 1984; SIQUEIRA, 2004; SIEGEL,

1998; WAHBA, 2001; ZAHER, 1999) e pudemos verificar a existência e importância destes fatores.

Em seguida pudemos averiguar que, para o médico ser ético, suas ações, conseqüências e motivações devem ser éticas (ARRUDA; WHITAKER; RAMOS, 2001) e precisam estar buscando o bem para o paciente, ajudando-o na busca da felicidade (ARISTÓTELES, 1995; LAMA, 2000; LAMA e CUTLER, 2000; LUÑO, 1982; MARIAS, 1994) e saúde. Para o médico ser ético, este precisa, entre outros aspectos, respeitar a autonomia do paciente de decidir o que deseja (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002; COELHO, 2002; GULINELLI et al, 2004; MENEZES, 200-?; MUÑOZ e FORTES, 1998; SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 1998) e falar a verdade ao paciente (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002; GULINELLI et al, 2004; MACHADO, 1997; SANCHES, 2004).

Apresentamos a responsabilidade que o profissional possui frente ao paciente (CHADWICK, 1993; VÁSQUEZ, 2000; WEINER, 1995; RODRIGUES e ASSMAR, 2003), justificando nossa posição de existência da responsabilidade por nossos atos como indo além da discussão da liberdade. Também apontamos a importância e impactos da responsabilidade civil sobre a atuação do médico (CASTRO, 2002; FARAH e FERRARO, 2000; MATIELO, 1998; PANASCO, 1984; UDELSMANN, 2002).

Verificamos também a influência de aspectos psicológicos conscientes e inconscientes sobre o comportamento do homem em geral (ESTEVAM, 1995; JAFFÉ, 1995; SEGRE, 1999; VÁSQUEZ, 2000; ZAHER, 1999; ZIEMER, 1994) e, conseqüentemente, do médico, bem como a importância dele possuir um claro sentido de vida e de ajudar o paciente a descobrir o seu (FRANKL, 1989 e 1994). Ainda apresentamos diversos aspectos que assinalam a influência e necessidade de um relacionamento próximo entre o médico e o seu paciente.

Por fim mostramos que a relação de troca entre o paciente e o médico pode ser ajudada por meio do uso do marketing, baseando-nos na existência de elementos que tangibilizem e facilitem a percepção de qualidade pelo paciente (ARIOSI, 2002; GRÔNROOS, 1995; LEVITT, 1985; PARASUNAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; TAYLOR, 1972). Escolhemos o marketing de relacionamento como aquele que vai ao encontro das necessidades desta relação médico-paciente e encontramos as variáveis confiança e compromisso como os principais balizadores desta relação (MORGAN e HUNT, 1994) .

Com base no levantamento bibliográfico, pudemos fazer uma análise que engloba e faz uma costura dos diversos temas abordados, mostrando a interligação existente. Em uma representação gráfica, temos a seguinte lógica que permeou esta Tese:

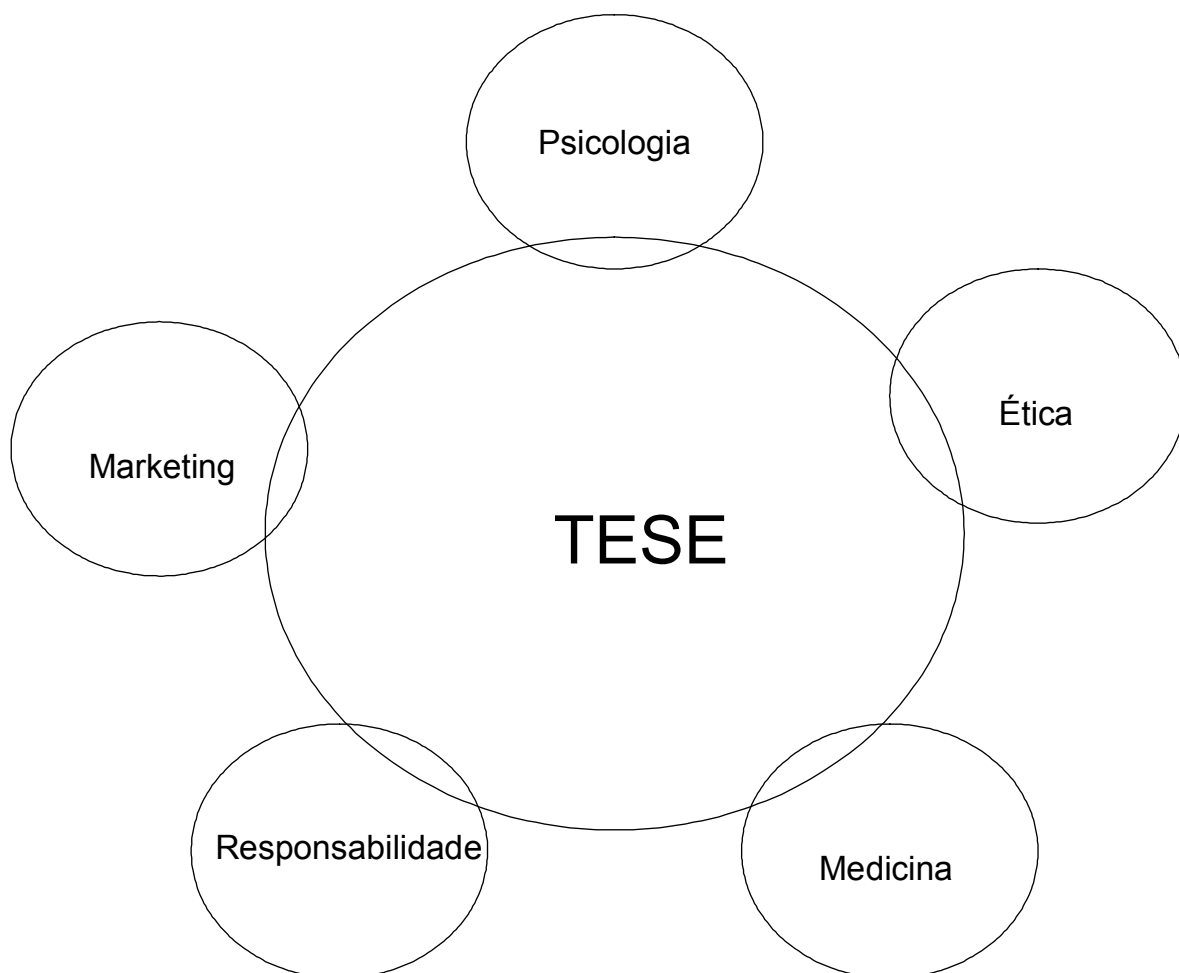


Figura 9. – Temáticas que compõe o conteúdo desta Tese

Fonte: O autor desta Tese

Entendemos que o médico precisa assumir a sua responsabilidade em todos os seus atos e em cumprir plenamente o seu papel frente ao paciente. O cumprimento deste papel, que é o de ajudar o paciente a encontrar a felicidade, é o mesmo que dizer que o médico deve ser ético. E para ser ético, entendemos que deve haver um forte compromisso do profissional, que, por sua vez, só ocorre se este realmente sentir-se responsável pelos seus atos e pelos impactos no relacionamento com o paciente. Um depende do outro, já que o agir de forma ética é uma das opções que o médico tem. Sua atuação ética é sua responsabilidade. Ele está exercendo sua autonomia, sua liberdade de escolha.

O médico também é responsável, segundo a sociedade, pelos seus atos do ponto de vista legal. Estamos no campo da responsabilidade civil e do Código de Ética Médica. Assim, o médico é responsável – a partir de uma ótica externa, que emerge da sociedade - e precisa assumir a responsabilidade - a partir de uma abordagem interna, emergente de sua convicção pessoal. Este foco externo não contraria a liberdade, já que a pessoa, ao escolher ser médica, adquiriu esta responsabilidade. Esta responsabilidade veio diretamente de uma escolha.

A ética também mostra que devemos, ao ajudar os outros, respeitar os seus direitos. Ao médico cabe respeitar o direito à autonomia. Mais do que isto, cabe a ele ajudar o paciente para que esta autonomia seja possível, esclarecendo-o dos diversos aspectos da doença e do tratamento, bem como da responsabilidade do paciente em exercer a sua própria autonomia.

Existem fatores psicológicos que afetam as intenções e o comportamento do médico. Isto significa que estes fatores afetam o agir ético – pois a ética é ação, consequência e intenção -, e afetam a capacidade do médico em compreender e assumir a sua responsabilidade. O agir ético direciona todas as ações para o bem do paciente, mas os fatores psicológicos negativos podem gerar ações, quase sempre sem a consciência do médico, que afetam negativamente o paciente. Sentimentos de raiva e contra-transferência negativa, por exemplo, retiram importantes elementos da atuação do médico, relacionados ao amor e à compaixão.

Dentro dos aspectos psicológicos temos também o entendimento do sentido de vida, que direciona a nossa razão de viver a cada momento. Ter um claro sentido de vida ajuda ao paciente em seu processo de re-estabelecimento da saúde. O sentido de vida também é um elemento importante para que o médico e o paciente assumam as suas respectivas responsabilidades. O paciente é o principal responsável por sua saúde. Assumir esta responsabilidade permitirá que ele, por exemplo, adquira e/ou mantenha hábitos saudáveis e siga todas as recomendações do médico.

No relacionamento médico-paciente, a comunicação possui um peso muito grande, interferindo diretamente em suas percepções e direcionando as suas perspectivas. Desta forma, a comunicação influencia diretamente os fatores psicológicos e, conseqüentemente, o comportamento do paciente. A comunicação é uma das ferramentas existentes em marketing e pode ser usada para criar confiança e compromisso na relação médico-paciente. A confiança e o compromisso são fundamentais para o estabelecimento do relacionamento, permitindo a troca entre o paciente e o médico. Como pudemos constatar (MACHADO, 1997) a atuação do médico estabelece uma relação com o paciente que requer confiança, sigilo e credibilidade.

O marketing de relacionamento utiliza as ferramentas e ações de marketing para estabelecer, desenvolver e manter trocas relacionais bem sucedidas, promovendo relacionamentos mais fortes, duráveis e de longo prazo.

O desenvolvimento de um forte e positivo relacionamento médico-paciente traz benefícios a ambas as partes, baseado na confiança e comprometimento mútuos. Por um lado, permite que o médico tenha pacientes para atender, sendo que estes pacientes acabam por indicá-lo a outros. Isto gera condições do médico ser adequadamente remunerado em sua profissão, podendo diminuir uma eventual insatisfação com este aspecto. Esta insatisfação com a remuneração foi apontada no levantamento bibliográfico e ficou evidente em nossa pesquisa, sendo que 89,08% dos médicos afirmaram que o médico ganha, na média, menos do que ele merece e precisa.

Por outro lado, como já apontado, este relacionamento forte e positivo com o médico ajuda o paciente a um melhor e mais rápido re-estabelecimento de sua saúde, facilitando, por exemplo, a aceitação e a adesão ao tratamento, além de todos os benefícios mentais e emocionais que afetam sua saúde.

O marketing de relacionamento direcionado por valores e princípios éticos, como verdade, integridade, responsabilidade, autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, felicidade, amor, compaixão, entre outros, constrói a confiança e o compromisso e gera reais benefícios ao paciente e ao médico. Assim, a ética deve ser o grande direcionador do marketing de relacionamento.

Neste sentido, um desvio ético deste relacionamento, como por meio de comportamento oportunista, que representa a busca do interesse próprio, sendo orientada para a violação implícita ou explícita de uma promessa sobre um comportamento requerido ou acordado entre as partes (MORGAN e HUNT, 1994), afeta negativamente a relação. Este desvio gera diminuição da confiança e, conseqüentemente, do compromisso.

Acreditamos que a ética seja um importante direcionador do marketing de relacionamento, e que por sua vez gera concretos benefícios ao médico, como podemos observar. No entanto, a ética deve ser sempre vista como algo que está acima de tudo, mantendo-se a preocupação central com o que é oferecido ao paciente e a forma de ajudá-lo. Caso contrário, há um grande risco de instrumentalização da ética, com a idéia de que fazemos o que é ético porque é bom para nossa imagem e para os nossos resultados financeiros. Como já vimos, a intenção é um dos componentes na análise ética. Esta instrumentalização distorce a real intenção e sentido de ajudar ao paciente, tendo impactos negativos na confiança – pois o interesse real não é o de ajudar ao outro, mas sim o de se beneficiar com a relação, afetando o relacionamento.

Podemos dizer que o desvio na intenção retira os principais motivadores da qualidade dos encontros, como o amor e a compaixão.

Concluimos que a Ética é a base do relacionamento e do direcionamento das ações do médico e, portanto, de seu marketing. A existência da responsabilidade e de um conhecimento maior sobre si mesmo e sobre o outro são fundamentais para que a Ética efetivamente esteja presente. Com responsabilidade, conhecimento de si e do paciente, respeito a este, conhecimento e habilidade técnica, conhecimento das ferramentas de marketing, o médico pode ser ético, ajudando o seu paciente no caminho rumo à saúde e felicidade.

Verificação da Primeira Hipótese da Tese

Cabe-nos agora verificar as três hipóteses desta Tese frente aos resultados obtidos em nossas pesquisas com médicos e pacientes. Vamos iniciar com a verificação da primeira hipótese:

A primeira hipótese é: O médico não é totalmente ético com o paciente no seu relacionamento e comunicação.

A comprovação desta hipótese depende da verificação de que o médico age com falhas em respeitar a autonomia do paciente e em atuar com honestidade na sua comunicação. Consideramos que a ação é ética ou não é ética, não existindo gradações em relação à eticidade, como agir de forma quase ética.

Assim, qualquer falha em um dos aspectos destes elementos – autonomia do paciente e honestidade na comunicação - significa a confirmação da hipótese.

Como já apontado no item operacionalização dos constructos, autonomia do paciente foi definido como o fornecimento e o esclarecimento ao paciente de todas as informações importantes sobre: 1) O que é a sua doença e suas causas prováveis; 2) A provável evolução da doença; 3) Todos os tratamentos disponíveis para aquela doença; 4) Os riscos e conseqüências de cada um dos tratamentos disponíveis; 5) Os riscos existentes em não se tratar adequadamente da doença; 6) A responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença; 7) A responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que ele escolhe para aquela doença; e, 8) A responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença.

A autonomia também foi definida como: 9) a decisão do paciente ou de sua família, independentemente ou em conjunto com o médico, sobre a realização do tratamento.

O segundo componente desta hipótese é a honestidade na comunicação do médico, que foi definida como: 10) admitir eventuais erros ao paciente; e 11) esclarecer ao paciente caso haja

diferença de dedicação de tempo entre o atendimento ao paciente particular e o atendimento ao paciente de convênio.

Vamos verificar cada um destes elementos frente aos resultados da nossa pesquisa com médicos e pacientes.

Caso haja diferença entre as conclusões retiradas das duas pesquisas sobre uma mesma questão, optaremos por a conclusão advinda da pesquisa com médicos, tomando a sua declaração de ação como a referência para a confirmação ou não da hipótese.

Uma limitação desta nossa análise, e que já foi apontada no capítulo 8, é que ao analisarmos as ações dos médicos, estamos falando de um grupo profissional, não homogêneo. Em outras palavras, a eventual verificação de conduta não ética, de falta de conhecimento sobre Ética e/ou falta de priorização da ética, está relacionada à parte dos médicos, e não à sua totalidade. Assim, a verificação de uma hipótese equivale dizer que uma parcela dos médicos possui esta característica.

Se uma hipótese for confirmada, a magnitude percentual de médicos enquadrada na respectiva questão que gerou esta confirmação também será objeto de nossa observação.

1) Esclarecimento sobre o que é a doença e suas causas prováveis

Na literatura sobre autonomia (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002), percebemos que em determinadas situações o médico pode entender que a informação sobre a doença pode gerar mais malefícios do que benefícios para o paciente. É a análise e confrontação entre os princípios de autonomia e beneficência. Nesta situação também temos os casos de incapacidade do paciente, mas a família ou o responsável legal assume o papel de receber este esclarecimento. Embora a pergunta da questão diga respeito apenas ao paciente, não mencionando a família ou responsável, acreditamos que a influência deste fator é muito baixa nas respostas dos médicos, podendo ser desconsiderada.

A literatura não especifica com que frequência o conflito entre autonomia e beneficência ocorre e percebemos que esta situação sofre influência conforme a especialidade médica, podendo, por exemplo, ser mais comum em Oncologia do que em Dermatologia. Entendemos que esta interpretação é difícil e depende de cada caso (SEGRE, 1999) e que o não fornecimento da informação só se justifica em casos bem especiais, pois esta informação é fundamental para o paciente, para ele exercer sua responsabilidade e autonomia. Assim, de forma arbitrária, optamos por estabelecer um percentual relativo a casos especiais, que não pode ser superior a 10% dos pacientes. O percentual de 10% pode até ser considerado alto,

particularmente quando falamos em casos especiais. Preferimos estabelecer este percentual para termos maior segurança de que a hipótese é efetivamente confirmada.

Para analisarmos os resultados, conforme a escala que utilizamos nesta questão (100% dos casos; mais de 50% dos casos; menos de 50% dos casos; 0% dos casos), entendemos que é necessário unir o percentual dos entrevistados que afirmaram “em 0% dos casos” e “em menos de 50% dos casos”, pois estas duas alternativas apontam que o médico não esclarece sobre o que é a doença e suas causas prováveis. Caso esta somatória seja superior a 10% dos casos, significa que houve falha na autonomia, o que comprova a primeira hipótese da Tese. Os percentuais que consideraremos são os percentuais das respostas válidas, que excluem a resposta Não Sei/Não se aplica e os que não responderam a questão.

A somatória dos dois itens – em 0% dos casos e em menos de 50% dos casos - na pesquisa com os médicos é igual a 0,67%. Como 0,67% não é maior que 10%, a hipótese não é confirmada. Entretanto, a somatória dos dois itens, na pesquisa com os pacientes, é igual a 20,98%. Como 20,98% é maior que 10%, a hipótese é confirmada.

Conforme definimos previamente, pela existência de diferença entre as conclusões tiradas de cada uma das pesquisas tomamos como base a pesquisa com médicos para justificar a não confirmação desta hipótese.

2) Esclarecimento sobre a provável evolução da doença;

Ao esclarecimento sobre a provável evolução da doença cabem as mesmas ponderações que fizemos para o esclarecimento sobre a doença e suas prováveis causas. Assim, também de forma arbitrária, optamos por estabelecer um percentual relativo a casos especiais – que justificam o não esclarecimento sobre a provável evolução da doença, que não pode ser superior a 10% dos pacientes, em média.

Para analisarmos os resultados, também neste caso entendemos que é necessário unir o percentual dos entrevistados que afirmaram “em 0% dos casos” e “em menos de 50% dos casos”, pois estas duas alternativas apontam que o médico não esclarece sobre a provável evolução da doença. Caso esta somatória seja superior a 10% dos casos, significa que houve falha na autonomia, o que comprova a primeira hipótese da Tese. Novamente consideraremos apenas os percentuais das respostas válidas.

A somatória dos dois itens – em 0% dos casos e em menos de 50% dos casos - na pesquisa com os médicos é igual a 5,54%. Como 5,54% não é maior que 10%, a hipótese não é confirmada. Entretanto, a somatória dos dois itens na pesquisa com os pacientes é igual a 23,41%. Como 23,41% é maior que 10%, a hipótese é confirmada.

Conforme definimos previamente, pela existência de diferença entre as conclusões tiradas de cada uma das pesquisas tomamos como base a pesquisa com médicos para justificar a não confirmação desta hipótese.

3) Esclarecimento sobre todos os tratamentos disponíveis para aquela doença

Em relação à questão do esclarecimento sobre todos os tratamentos disponíveis para aquela doença, optamos por considerar as mesmas ponderações que fizemos para as duas questões anteriores, embora ponderemos que este item tenha um efeito ainda mais direto na escolha do paciente. Em outras palavras, ele não pode exercer plenamente a escolha sem saber quais são as alternativas disponíveis. Entretanto, também consideramos que pode haver casos em que esta informação não é fornecida por sua relação direta com o entendimento da doença pelo paciente, com os prejuízos correspondentes. Assim, também de forma arbitrária, optamos por estabelecer um percentual relativo a casos especiais – que justificam o não esclarecimento sobre todos os tratamentos disponíveis para aquela doença, que não pode ser superior a 10% dos pacientes, em média.

Para analisarmos os resultados, também neste caso entendemos que é necessário unir o percentual dos entrevistados que afirmaram “em 0% dos casos” e “em menos de 50% dos casos”, pois estas duas alternativas apontam que o médico não esclarece sobre todos os tratamentos disponíveis para aquela doença. Caso esta somatória seja superior a 10% dos casos, significa que houve falha na autonomia, o que comprova a primeira hipótese da Tese. Consideraremos apenas os percentuais das respostas válidas.

A somatória dos dois itens – em 0% dos casos e em menos de 50% dos casos - na pesquisa com os médicos é igual a 10,52%. Como 10,52% é maior que 10%, a hipótese é confirmada. Além disto, a somatória dos dois itens na pesquisa com os pacientes é igual a 41,85%. Como 41,85% é maior que 10%, a hipótese é confirmada.

4) Esclarecimento sobre os riscos e consequências de cada um dos tratamentos disponíveis

Ao esclarecimento sobre os riscos e consequências de cada um dos tratamentos disponíveis, optamos por considerar as mesmas ponderações que fizemos para o esclarecimento sobre todos os tratamentos disponíveis para aquela doença. Novamente, de forma arbitrária, optamos por estabelecer um percentual relativo a casos especiais – que justificam o não esclarecimento sobre os riscos e consequências de cada um dos tratamentos disponíveis, que não pode ser superior a 10% dos pacientes, em média. Utilizamos a mesma forma de apuração que nas questões anteriores.

A somatória dos dois itens – em 0% dos casos e em menos de 50% dos casos - na pesquisa com os médicos é igual a 12,22%. Como 12,22% é maior que 10%, a hipótese é confirmada. Além disto, a somatória dos dois itens na pesquisa com os pacientes é igual a 46,1%. Como 46,1% é maior que 10%, a hipótese é confirmada.

5) Esclarecimento sobre os riscos existentes de não se tratar adequadamente da doença

Em relação ao esclarecimento sobre os riscos existentes de não se tratar adequadamente da doença, optamos por considerá-lo distinto das demais questões. Entendemos que em praticamente nenhuma situação pode ser justificado o não esclarecimento sobre os riscos existentes em não se tratar adequadamente da doença, pois é quase que estimular o paciente ao não tratamento. A exceção poderia haver em casos de incapacidade do paciente, mas a família ou responsável legal assume o papel de receber este esclarecimento. Embora a pergunta da questão diga respeito apenas ao paciente, não mencionando a família ou responsável, acreditamos que a influência deste fator, como já declaramos, é muito baixa nas respostas dos médicos, podendo ser desconsiderada.

Desta forma, optamos por estabelecer que o percentual a ser considerado é apenas apontado para a resposta em 100% dos casos. Se este percentual for inferior a 100% das respostas válidas, a hipótese é confirmada.

A resposta em 100% dos casos na pesquisa com os médicos é igual a 77,28%. Como 77,28% é menor que 100%, a hipótese é confirmada. A resposta em 100% dos casos na pesquisa com os pacientes é igual a 35,92%. Como 35,92% é menor que 100%, a hipótese é confirmada.

6) Esclarecimento sobre a responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para a doença

Em relação ao esclarecimento sobre a responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para a doença, optamos por considerá-lo também distinto das demais questões. Entendemos que em praticamente nenhuma situação pode ser justificado o não esclarecimento sobre esta responsabilidade do paciente, sendo a noção de responsabilidade importante para a tomada de atitude pelo paciente. Uma exceção poderia ser feita em casos onde a causa da doença é totalmente externa, como em acidentes gerados por terceiros, embora qualquer desenvolvimento da doença após o acidente possa ter influência do paciente. Outra exceção são os casos de incapacidade do paciente, considerados como nas outras questões.

Quanto ao fator acidente, acreditamos que sua incidência é mínima. Entretanto, para evitar uma dúvida quanto a sua ocorrência e influência nas respostas, já que não encontramos dados

da literatura que sirvam de parâmetro, vamos, de forma arbitrária, optar por estabelecer um percentual relativo a estes casos de acidentes, que não pode ser superior a 5% dos pacientes. O percentual de 5% pode até ser considerado alto, particularmente quando falamos em doenças causadas por acidentes de terceiros. Preferimos estabelecer este percentual para termos maior segurança que a hipótese é efetivamente confirmada.

Entendemos, como nas questões 1 a 4, que é necessário unir o percentual dos entrevistados que afirmaram “em 0% dos casos” e “em menos de 50% dos casos”, pois estas duas alternativas apontam que o médico não esclarece sobre a responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para a doença. Caso esta somatória seja superior a 5% dos casos, significa que houve falha na autonomia, o que comprova a primeira hipótese da Tese. Os percentuais que consideraremos são os percentuais das respostas válidas.

A somatória dos dois itens – em 0% dos casos e em menos de 50% dos casos - na pesquisa com os médicos é igual a 11,27%. Como 11,27% é maior que 5%, a hipótese é confirmada. Além disto, a somatória dos dois itens na pesquisa com os pacientes é igual a 38,52%. Como 38,52% é maior que 5%, a hipótese é confirmada.

7) Esclarecimento sobre a responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que ele escolhe para aquela doença

Em relação ao esclarecimento sobre a responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que ele escolhe para aquela doença, optamos por considerá-lo de maneira similar à questão 5, onde praticamente nenhuma situação pode justificar o não esclarecimento sobre a responsabilidade em decidir, sendo este um elemento central da autonomia. A única exceção são os casos de incapacidade do paciente, sendo considerado como nas outras questões.

Assim, optamos por estabelecer que o percentual a ser considerado é apenas apontado para a resposta em 100% dos casos. Se este percentual for inferior a 100% das respostas válidas, a hipótese é confirmada.

A resposta em 100% dos casos na pesquisa com os médicos é igual a 50,68%. Como 50,68% é menor que 100%, a hipótese é confirmada. A resposta em 100% dos casos na pesquisa com os pacientes é igual a 21,90%. Como 21,90% é menor que 100%, a hipótese é confirmada.

8) Esclarecimento sobre a responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença

Em relação ao esclarecimento sobre a responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença, optamos por considerá-lo igual à

questão anterior, onde praticamente nenhuma situação pode justificar o não esclarecimento sobre a responsabilidade em decidir, sendo este um elemento central da autonomia. A única exceção são os casos de incapacidade do paciente, sendo considerado como nas outras questões.

Assim, optamos por estabelecer que o percentual a ser considerado é apenas apontado para a resposta em 100% dos casos. Se este percentual for inferior a 100% das respostas válidas, a hipótese é confirmada.

A resposta em 100% dos casos na pesquisa com os médicos é igual a 72,20%. Como 72,20% é menor que 100%, a hipótese é confirmada. A resposta em 100% dos casos na pesquisa com os pacientes é igual a 34,53%. Como 34,53% é menor que 100%, a hipótese é confirmada.

9) Decisão do paciente ou de sua família, independentemente ou em conjunto com o médico, sobre a realização do tratamento.

O princípio de autonomia depende sempre da decisão do paciente ou de sua família, no caso de incapacidade do paciente, de forma independente ou em conjunto com o médico.

Para analisarmos os resultados, conforme a escala que utilizamos nesta questão (O paciente/família em 100% dos casos; O paciente/família em mais de 50%; O médico em 100% dos casos; O médico em mais de 50%; O paciente/família juntamente com o médico em 100% dos casos; O paciente/família juntamente com o médico em mais de 50% dos casos) entendemos que é necessário unir o percentual dos entrevistados que afirmaram “O paciente/família em 100% dos casos” e “O paciente/família juntamente com o médico em 100% dos casos”, pois estas duas alternativas apontam que o paciente/família sempre participou da decisão sobre a realização do tratamento. Caso esta somatória seja inferior a 100% dos casos, significa que houve falha na autonomia, o que comprova a primeira hipótese da Tese. Os percentuais que consideraremos são os percentuais das respostas válidas.

A somatória dos dois itens – O paciente/família em 100% dos casos e O paciente/família juntamente com o médico em 100% dos casos - na pesquisa com os médicos é igual a 67,03%. Como 67,03% é menor que 100%, a hipótese é confirmada. Além disto, a somatória dos dois itens na pesquisa com os pacientes é igual a 43,05%. Como 43,05% é menor que 100%, a hipótese é confirmada.

10) Admitir eventuais erros ao paciente

A honestidade na comunicação do médico é fundamental para o estabelecimento da confiança, sendo um dever e uma virtude do profissional. Ela é um dos elementos do agir

ético. Admitir um eventual erro de diagnóstico, prognóstico ou de execução de um tratamento ou procedimento ao paciente que foi afetado por este erro é sinal claro de honestidade. Poucas podem ser as justificativas para esta não revelação, como um efetivo prejuízo ao paciente pela informação. Estamos novamente diante de casos de difícil interpretação, que dependem de circunstâncias bem específicas. Outros casos, como quando o erro é percebido após o término da relação com o paciente, devem ser analisados conforme um eventual benefício ao paciente, o que também requer uma análise específica de cada caso. Estas ponderações tornam difícil a análise da honestidade e a confirmação da primeira hipótese da tese.

Para evitarmos dúvidas, optamos por verificar se a honestidade na comunicação não ocorreu considerando o percentual de médicos que declarou já ter cometido algum erro de diagnóstico, prognóstico ou de execução de um tratamento ou procedimento e que não admitiu para o paciente. Dentro deles, consideramos apenas aqueles que mencionaram motivo distinto ao “O erro foi percebido após o término da relação com o paciente” e a “Outro”. Definimos, de forma arbitrária, que a existência de qualquer percentual com estes motivos como “Vergonha de admitir o erro; Medo de ser processado pelo paciente; Medo da divulgação deste erro; Medo das consequências que este ato significa”, configura que houve falha na honestidade da comunicação. Assim, qualquer percentual maior do que 0% confirma a primeira hipótese.

Como a questão era de múltipla escolha, os percentuais de todos estes motivos foram considerados para a comprovação da hipótese.

Não utilizamos a pesquisa com os pacientes para esta questão, pois consideramos a motivação do médico em não admitir o erro, o que não podia ser medido na pesquisa com pacientes.

A pesquisa com médicos revelou que os seguintes motivos diferentes de 0%: 36,46% para Vergonha de admitir o erro; 26,56% para Medo de ser processado pelo paciente; 22,92% para Medo da divulgação deste erro; e 35,94% para Medo das consequências deste ato.

Desta forma, a hipótese foi confirmada.

11) Esclarecer ao paciente caso há diferença de dedicação de tempo entre o atendimento ao paciente particular e o atendimento ao paciente de convênio

A honestidade na comunicação significa esclarecer os fatores mais importantes para o paciente. A dedicação de um maior tempo para a consulta é visto como um fator de melhor atendimento médico (PAULA, 2003). Assim, a existência de diferença de dedicação de tempo entre o atendimento de pacientes particulares e de convênio pode ser uma informação importante para o paciente, permitindo sua compreensão do serviço que está sendo fornecido

e de suas limitações. Um paciente pode optar por deixar de ir a um médico por saber desta diferença. Não estamos avaliando se é ético ou não cobrar de forma diferente, mas a possibilidade do paciente ter acesso a esta informação.

A falta desta informação pode ser considerada como uma falta de honestidade na comunicação com o paciente, embora consideremos este item o menos relevante de todos até aqui apresentados. Entendemos que a confirmação da hipótese baseada apenas nesta informação a torna muito frágil e sujeita a interpretações.

De forma arbitrária, definimos que esta informação pode ser importante, ou seja, gerar uma modificação da sua percepção e decisão para metade dos pacientes. Assim, consideramos o percentual de médicos que tem diferença na duração da consulta e informam ao paciente. Se este percentual for menor do que 50%, consideramos a aceitação da primeira hipótese.

Não utilizamos a pesquisa com os pacientes para esta questão, pois consideramos que o médico é quem tem a informação sobre a diferença e a decisão de divulgá-la.

Apenas 10,96% dos médicos afirmaram que informam a diferença na duração da consulta. Assim, como 10,96% é inferior a 50%, a hipótese é aceita.

Verificação da Segunda Hipótese da Tese

A segunda hipótese é: O médico possui pouco conhecimento sobre ética e suas implicações na relação com o paciente.

A comprovação desta hipótese depende da verificação do conhecimento do médico sobre Ética e suas implicações na relação com o paciente.

Assim, a falta de conhecimento do médico sobre Ética e suas implicações na relação com o paciente significa a confirmação da hipótese.

Como já apontado no item operacionalização dos constructos, conhecimento do médico sobre ética foi definido como: 1) ter lido algum livro sobre ética, bioética ou ética médica, antes ou depois da graduação em Medicina; 2) conhecer a última versão do código de ética médica; 3) participar regularmente de grupos ou fóruns sobre ética médica; e, 4) ter participado de algum curso sobre ética.

A verificação desta hipótese será feita pela análise conjunta das questões, pois o médico pode adquirir o conhecimento sobre ética por meio de livros, pela leitura do código de ética médica, pela participação em grupos e fóruns ou em curso sobre o tema. Apenas uma destas formas é suficiente para prover o conhecimento. Por outro lado, a ausência de todas estas formas indica

que ele teve acesso a pouco conhecimento sobre Ética. Assim, definimos que o percentual de médicos que utilizou pelo menos uma destas formas deve ser igual a 100%. A verificação de um percentual menor do que 100% significa a aceitação da hipótese.

Algumas ponderações podem ser feitas sobre outras formas de obtenção deste conhecimento, como a leitura de sites na Internet ou conversas e instruções com pessoas qualificadas, mas consideramos estas possibilidades muito pouco frequentes. Desta forma, as desconsideraremos de nossa análise.

Nesta análise, apenas as respostas dos médicos foram consideradas, pois o paciente não tem como avaliar este conhecimento, ao menos diretamente.

Os resultados de nossa pesquisa mostram que 23,58% dos médicos nunca utilizaram qualquer uma das formas acima apresentadas para a obtenção de conhecimento sobre ética. Assim, apenas 76,42% utilizaram ao menos uma das formas. Como 76,42% é menor do que 100%, a segunda hipótese desta Tese é aceita.

Verificação da Terceira Hipótese da Tese

A terceira hipótese é: O médico não prioriza o estudo da ética e de suas implicações na relação com o paciente.

A comprovação desta hipótese depende da verificação da intenção do médico em se dedicar, em um futuro próximo, ao conhecimento sobre Ética e suas implicações na relação com o paciente.

Assim, a falta de prioridade na dedicação do médico ao conhecimento sobre Ética e suas implicações na relação com o paciente significa a confirmação da hipótese.

Como estabelecido no item operacionalização dos constructos, ética como uma prioridade para o médico foi definido como sendo uma: 1) intenção de leitura de livros sobre ética, bioética ou ética médica nos próximos 3 meses; 2) intenção de leitura do Código de Ética Médica nos próximos 3 meses; 3) intenção de participar de um curso sobre ética, bioética ou ética médica nos próximos 3 meses; e, 4) intenção de participar regularmente de grupos ou fóruns sobre ética médica nos próximos 3 meses.

A verificação desta hipótese será feita pela análise conjunta das questões, pois a priorização do estudo da Ética pelo médico pode vir pela leitura de livros, pela leitura do código de ética médica, pela participação em grupos e fóruns ou em curso sobre o tema. Apenas uma destas

formas é suficiente para mostrar a existência desta priorização. Por outro lado, a ausência de todas estas formas indica que o médico não considera a Ética a sua prioridade.

Existem pelo menos duas motivações que colocam o estudo e conhecimento da Ética como uma prioridade para o médico. A primeira é a intenção de se manter em constante capacitação e reflexão sobre o tema. O médico já tem conhecimento sobre Ética por meio de uma das formas assinaladas, mas deseja se aprimorar. Reconhecemos que, neste caso, a prioridade para a Ética pode existir de outra forma, não havendo a intenção de curto prazo, ou seja, nos próximos três meses.

A segunda é a intenção de adquirir um conhecimento que não se possui, pois o médico ainda não utilizou qualquer uma das formas acima apresentadas para a obtenção do conhecimento sobre ética. Embora entendamos que o médico deva buscar um constante aprimoramento sobre Ética, colocando-a como uma de suas prioridades, a maior urgência deveria manifestar-se para quem nunca obteve este conhecimento.

A definição de três meses é arbitrária, mas representa uma escolha de curto prazo, ou seja, de caráter prioritário para o profissional. Entendemos que o médico que não tem este conhecimento deveria buscá-lo neste curto prazo.

Assim, definimos que o percentual de médicos que tem a intenção de utilizar pelo menos uma das formas estabelecidas para obter conhecimento sobre Ética nos próximos três meses deve ser igual ou maior do que 23,58%. Este percentual equivale ao percentual de médicos que nunca utilizou qualquer uma das formas acima apresentadas para a obtenção de conhecimento sobre ética. A verificação de um percentual menor do que 23,58% significa a aceitação da terceira hipótese.

As ponderações da hipótese anterior também cabem nesta hipótese.

Na nossa análise, apenas as respostas dos médicos foram consideradas, pois o paciente não tem como avaliar esta intenção do médico.

Os resultados de nossa pesquisa mostram que 78,38% dos médicos não têm nenhuma das intenções apresentadas. Isto significa que apenas 21,62% dos médicos têm interesse em pelo menos uma das formas nos próximos três meses. Como 21,62% é menor do que 23,58%, a terceira hipótese desta Tese é aceita.

Algumas conclusões da Pesquisa

A pesquisa de campo revelou alguns dados que são coerentes com o que encontramos na bibliografia.

O baixo uso de ações de marketing encontrados na pesquisa mostram a resistência dos médicos e estão coerentes com as dificuldades que os profissionais têm com o marketing, mostrados por KOTLER e BLOOM (1990)

Um interessante aspecto encontrado na pesquisa é que a maioria dos médicos discorda em assumir a responsabilidade pela totalidade dos problemas com o paciente. Por outro lado, a pesquisa mostra diversos pontos conflitantes entre o médico e o paciente, deixando claro alguns problemas de relacionamento. Entre eles temos uma grande diferença entre a percepção do paciente, que em sua maioria concorda que o médico deveria ser mais humilde (59,6%), enquanto apenas uma parcela dos médicos concorda com esta falta de humildade (22,49%). A humildade é um dos requisitos para um relacionamento mais próximo e para a geração de confiança. Percebe-se também que a confiança do paciente no médico é limitada, com uma parcela significativa percebendo o médico como um profissional que não é totalmente ético.

Outro sinal de problemas na relação médico-paciente é a posição claramente divergente, com os médicos (67,03%) afirmando que sempre ouvem tudo o que o paciente tem a dizer e a maioria dos pacientes (53,64%) tendo uma posição exatamente inversa, ou seja, de que esta atitude do médico não acontece. Outra dado que corrobora a visão de que o médico precisa realmente se abrir para a relação com o paciente, como apontamos em nosso trabalho, é que, enquanto 91,27% dos médicos afirmam que se preocupam com os sentimentos do paciente, como medo e ansiedade, somente 28,48% dos pacientes compartilham desta posição.

Embora estes dados sejam limitados para se tirar conclusões, estes achados são coerentes com nossa proposta de que a responsabilidade é fundamental como base para se estabelecer um relacionamento pautado na confiança e no compromisso.

Outro aspecto coerente com o que demonstramos em nosso trabalho sobre sentido de vida (FRANKL, 1989 e 1994) é o entendimento de médicos e de pacientes do benefício de ter um claro sentido de vida para a saúde, de que o médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor e que o médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida.

A visão negativa que o médico tem do mercado de trabalho, da sua remuneração e da influência negativa dos convênios no seu agir ético são coerentes com os dados apresentados no capítulo 2 desta Tese.

A importância do médico investir em seu autoconhecimento e a visão de que o médico que tem um maior auto-conhecimento é mais ético são outros achados da pesquisa que estão coerentes com nosso levantamento bibliográfico e sugestões.

A opinião compartilhada por médicos e pacientes de que os sentimentos e percepções do paciente têm relação direta com sua saúde, de que problemas físicos e problemas emocionais têm pesos semelhantes como causa da doença do paciente e que a relação do médico com o paciente é muito importante para a cura do paciente mostram, mais uma vez, coerência com o que apresentamos na Tese.

Limitações do Trabalho

A escolha e integração de uma temática multidisciplinar, com diversos temas, como a Ética, a Bioética, a Responsabilidade, a Psicologia e o Marketing, é o que consideramos a maior contribuição de nosso trabalho. Por outro lado, esta abordagem trouxe como limitação a nossa capacidade de um aprofundamento maior em cada um destes temas, como por meio do levantamento e leitura da grande quantidade de literatura – particularmente journals – sobre os temas.

Outra limitação do nosso estudo refere-se à pesquisa realizada. A necessidade de diversos envios e ações, como um grande número de questionários enviados aos médicos para a obtenção das respostas, foi um aspecto bastante desafiador para a realização desta pesquisa, demandando maior tempo e custo para sua consecução. Esta situação é coerente com o que afirma BUAIRIDE (2000) sobre a dificuldade que encontrou para realizar a pesquisa com médicos sobre a satisfação na relação médico-paciente, tanto pela falta de interesse destes profissionais em responder ao questionário como por impedimentos de acesso gerados pela administração de clínicas e hospitais.

As ações que mostraram maior retorno de questionários foram aquelas realizadas com o apoio de instituições ou entidades médicas, como o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

Sugestões para futuros trabalhos

Durante este trabalho, algumas hipóteses puderam ser levantadas, e que merecem um estudo dirigido. Dentre estas temos que a ética parece ter uma direta influência na confiança depositada pelo paciente no médico, que por sua vez influencia o compromisso, que

influencia o valor percebido do profissional e que, finalmente, influencia a lealdade do paciente para com o médico. Em futuras pesquisas e trabalhos, o quadro abaixo poderia ser pesquisado baseado nestas hipóteses:

Ética do médico -> Confiança do paciente no médico -> Compromisso do
paciente com o médico -> Valor percebido do médico -> Lealdade do
paciente para com o médico.

Não foi objetivo desta tese avaliar a influência da ação ética do médico sobre as atitudes e os comportamentos de sua equipe. Futuros trabalhos também poderão investigar sobre a influência da ética na liderança do médico.

Sugerimos também a elaboração de outros trabalhos que possam unir a experiência do serviço guiado pela ética, em outras áreas da saúde e fora dela, gerando um prazer mais elevado, fruto de encontros e trocas entre as pessoas e inspirando as pessoas na busca da felicidade para si e para os outros. Que o poeta Rabindranath Tagore possa inspirar a todos com suas ações e palavras:

Dormi e sonhei que a vida era alegria.

Acordei e vi que a vida era serviço.

Agi e, olhem só, serviço era alegria.

Referências Bibliografia

1. ALMEIDA, Alexander M.; CHO, Hyong J.; AMARO, Jorge W. F.; LOTUFO NETO, Francisco. Núcleo de estudos de problemas espirituais e religiosos (Neper). Revista de psicologia clínica. Ano 2, n.27, 2000.
2. ARAÚJO, Elias Cavares. Perícia Médica, 200-?. In: Desafios éticos. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/des_etico/desafios_etc.htm> Acesso em 17/04/2004
3. ARIOSI, Rosani Paiva. Médico x Paciente: Uma Relação de Satisfação? 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
4. ARISTÓTELES. Ética Nicomáquea. Ética Eudemia. Madrid: Editorial Gredos, S.A., 1995.
5. ARRUDA, Maria Cecília Coutinho de. Ética na administração de marketing: um estudo exploratório no campo da comunicação e conceito de produtos, serviços e idéias. 1986. 332f. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo
6. ARRUDA, Maria Cecília Coutinho; WHITAKER, Maria do Carmo de; RAMOS, José Maria Rodriguez. Fundamentos da ética empresarial e econômica. São Paulo: Atlas, 2001
7. ASSAD, José Eberienos. Relação Médico-Paciente no Final do Século XX, 200-?. In: Desafios éticos. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/des_etico/desafios_etc.htm> Acesso em 17/04/2004
8. BANAJI, Mahzarin R; BAZERMAN, Max H; CHUGH, Dolly. Até que ponto você é (anti)ético? Harvard Business Review. Chile, v.81, n.12, p.41-9, dezembro 2003.
9. BENEDIKT, Adriana. Moralidade e responsabilidade em tempos sombrios. Sociologias, jul./dez. 2001, no.6, p.266-279
10. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS James F.; Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 2002
11. BERLINGUER, Giovanni. Ética da Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996
12. BITNER, M. J. Building Service Relationship: It's all About Promises. Journal of the Academy of Marketing Science. V.23. n.4 p.246-251, 1995
13. BRETZKE, Miriam. O marketing de relacionamento: integração entre informática e marketing na busca da vantagem competitiva. 1992. 200 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

14. BUCHALLA, Anna Paula. Doutor, me ouça! Revista Veja, edição 1852, maio de 2004
15. BUAIRIDE, Ana Maria Ramos. Compliance: Relação médico-paciente - análise do serviço prestado pelo profissional médico e da percepção desse serviço pelo paciente. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
16. CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
17. CASTRO, João Monteiro de. Responsabilidade civil do médico. 2002. Dissertação (Mestrado em Direito das Relações Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
18. CESARINO, Antonio Carlos. Ética e Psicanálise, 200-?. In: Desafios éticos. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/desafios_etc.htm> Acesso em 17/04/2004
19. CHADWICK, Ruth. Ethics and the professions. Manchester: Avebury, 1993.
20. CLOTET, Joaquim. Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da The Patient Self-Determination Act. Bioética, Brasília, v.1, n.2, p. 157-63, 1993.
21. COELHO, Adilson Rodrigues. A saída do Sujeito Sem Alta Médica: A Discussão Sobre a Autonomia e a Postura do Profissional Psicólogo. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, ano 22, n. 3, p. 38-45, 2002
22. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília, 2004
23. DANTAS, Flávio. O que é homeopatia. 4ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989
24. DANTAS, Flavio. Medicina Baseada na Competência. Bioética e ética médica, 199-?. Disponível em <<http://climed.epm.br/eletivas/aula02/jornal.pdf>> Acesso em: 21 jun 2004.
25. DANTAS, Flávio; TEIXEIRA, Hélio. O bom médico. Revista Brasileira de Educação Médica, vol 21, nº 1, páginas 39-46, janeiro/abril de 1997.
26. DAMERGIAN, Sueli. O papel do inconsciente na interação humana. 1988. Tese (Doutorado em Ciência – Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
27. DIAS, José de Aguiar. Ética e o Direito, 200-?. In: Desafios éticos. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/desafios_etc.htm> Acesso em 17/04/2004
28. ECO, Humberto. Como se Faz Uma Tese. São Paulo: Perspectiva, 1977
29. ESTEVAM, Carlos. Freud: vida e obra. 2ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

30. FARAH, Eduardo Elias. Marketing para o Sucesso do Médico. In: Revista Novo Médico. Como dar início a uma carreira de sucesso na medicina. São Paulo, 2001
31. FARAH, Eduardo Elias; FERRARO, Leonora. Como prevenir problemas com os pacientes – responsabilidade civil: para dentistas, médicos e profissionais de saúde. São Paulo; Quest, 2000
32. FARIA, José Henrique. Ética na política e na empresa: 12 anos de reflexão. ERA Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 125-127, janeiro-março 2003.
33. FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. Bioética, Brasília, v.2, n.2, p. 129-135, 1994.
34. FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos dos pacientes, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.
35. FRANKL, Viktor E. Psicoterapia e Sentido da Vida.. 3ª Edição. São Paulo: Editora Quadrante, 1989.
36. FRANKL, Viktor E. Ante el vacío existencial. 1ª Edição. Barcelona – ESP: Editorial Herder, 1994.
37. FRANKL, Viktor E. Logoterapia y análisis existencial. 1ª Edição. Barcelona – ESP: Editorial Herder, 1994 b.
38. GER – Gran Enciclopèdia Rialp. Madri: Ralp, 1979. t. IX, p.433. apud ARRUDA, Maria Cecília Coutinho de. Ética na administração de marketing: um estudo exploratório no campo da comunicação e conceito de produtos, serviços e idéias. Tese de Doutorado. FEA/USP, 1986.
39. GIANOTTI, J. A. Moralidade pública e moralidade privada. In: NOVAES, A. (org.) Ética. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. p.239-45
40. GOLEMAN Daniel. Como lidar com emoções destrutivas - para viver em paz com você e os outros: diálogo com a contribuição de Dalai Lama. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2003
41. GONSALVES, Paulo Eiró, organizador. Medicinas alternativas: os tratamentos não-convencionais. São Paulo: IBRASA, 1989.
42. GOSWANI, Amit. O universo autoconsciente: como a consciência cria o mundo material. Rio de Janeiro: Record, 2002.
43. GRISARD, Nelson. Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica. Bioética, Brasília, v.10, n.1, p. 97-114, 2002.
44. GRÖNROOS, Christian. Marketing Gerenciamento e Serviços - A competição por serviços na Hora da Verdade. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1995

45. GROSSEMAN, Suely. Satisfação do médico com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002
46. GUIA, Ricardina Giovanna Pitelli. Ética e Medicina: entre os valores da moralidade e da ciência. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001
47. GULINELLI, André et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em hospital universitário. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, 2004, 50(1), 41-7, janeiro/março de 2004.
48. GUNDLACH, G. T. e MURPHY, P. E. Ethical and Legal Foundations of Relational Marketing Exchanges. Journal of Marketing 57, 35-46, 1993.
49. HOSSNE, Willian Saad; HOSSNE, Rogério Saad. Opinião do estudante de medicina sobre algumas questões bioéticas. Bioética, Brasília, v.6, p. 127-133, 1998.
50. JAFFÉ, Anieli. O mito do significado na obra de C. G. Jung. 1ª edição. São Paulo: Editora Cultrix, 1995
51. JUNG. O pensamento vivo de Jung. São Paulo: Martin Claret Editores, 1991
52. JUNGES, José Roque. Metodologia da análise ética de casos clínicos. Bioética, Brasília, v.11, n.1, p.33-42. 2003.
53. JUNIOR, Pierre Góis do Nascimento; GUIMARÃES, Teresinha Maria de Macêdo. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. Revista Bioética, vol 11, nº 1, páginas 101-114, novembro de 2003.
54. LACZNIAK, Gene R; MURPHY, Patrick E. Ethical marketing decisions: the higher road. 1ª edição. Estados Unidos: 1993.
55. LAMA, Dalai. Uma ética para o novo milênio. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
56. LAMA, Dalai e CUTLER, Howard C. A Arte da Felicidade: Um manual para a Vida. São Paulo: Martins Fontes, 2000
57. LEVITT, Theodore. A imaginação de Marketing. São Paulo: Editora Atlas, 1985
58. LIMA, Jane Roldan Pinto de. A Subjetividade Como Responsabilidade Por Outrem. Dissertação (Mestrado em Filosofia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 199-
59. LISBOA, Lázaro Plácido. Ética Geral e Profissional em Contabilidade. São Paulo: Atlas, 1996
60. LOURENÇO, Paulo Mauricio Campanha. Homeopatia: Ciência ou Ficção? Meta-análise da teoria da Homeopatia. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 1989

61. LUNO, Angel Rodriguez. *Ética*. Pamplona: Ed. Universidade de Navarra, 1982
62. KOTLER, Philip e BLOOM, Paul N., *Marketing para serviços profissionais*, Ed. Atlas, São Paulo, 1990
63. KOTLER, Philip. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle* – 5a ed. São Paulo: Atlas, 1998
64. MACHADO, Maria Helena. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997
65. MACHADO, Maria Helena – *A Profissão Médica no Contexto de Mudanças* – in *Os Médicos e a saúde no Brasil - Publicação do Conselho Federal de Medicina* – 1998
66. MACHADO, Maria Luiza. *Responsabilidade na Publicidade Médica*. In: CREMESP. CODAME. *Ética em Publicidade Médica*. São Paulo, 2002. cap. 1, p. 7-16.
67. MACHLINE, Vera Cecília. *François Rabelais e a fisiologia do riso do século XVI: a terapêutica médico-satírica de Gargântua e Pantagruel*. Tese (Doutorado em Comunicação e Semiótica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996
68. MCKENNA, Regis. *Marketing de relacionamento: estratégias bem-sucedidas para a era do cliente*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
69. MALHOTRA, Naresh. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* – 3a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001
70. MARÍAS, Julian. *La Felicidad Humana*. Espanha: Alianza Editorial, 1994
71. MASETTI, Morgana Machado. *Boas Misturas: possibilidades de modificações da prática do profissional de saúde a partir do contato com os Doutores da Alegria*. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
72. MASETTI, Morgana, *Boas Misturas: A ética da alegria no contexto hospitalar*. São Paulo: Palas Athena, 2003.
73. MATIELO, Fabrício Zamproga. *Responsabilidade Civil do Médico*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998
74. MENEZES, Dalgimar Beserra. *A Ética Médica e a Verdade do Paciente, 200-?. In: Desafios éticos. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/desafios_etc.htm> Acesso em 17/04/2004*
75. MIOLA, Rogério. *Um estudo sobre o marketing de relacionamento na adesão de pacientes a tratamentos médicos prolongados*. 2001. Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

76. MORATH, Julianne M. The quality advantage: a strategic guide for health care leaders. Estados Unidos: AHA Press, 1998.
77. MORGAN, Robert M.; HUNT, Shelby D. The commitment-trust theory of relationship marketing. Journal of marketing, vol 58, p. 20-34, julho de 1994.
78. NETO, Miguel Kfour. Responsabilidade civil do médico – 3a. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.
79. NOVAES, A. (org.) Ética. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. p.239-45
80. PAIVA, Eleusius Vieira de – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) – Associação Brasileira de Medicina, 2003
81. PANASCO, Wanderby Lacerda. A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. São Paulo: 1984
82. PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valerie & BERRY, Leonard, “A Conceptual Model of Service Quality and Its Implication a for Future Research”, Journal of Marketing, Vol, 49(fall), 1985.
83. PAULA, Cássia Maria de, O Campo da Relação Médico-Paciente: sobre a dimensão de escuta na consulta médica.2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
84. PEREIRA FILHO, Alberto. O significado do pai para a psique: da interdição estruturante à construção da autonomia. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
85. PRADO, Paulo Henrique Muller. A Avaliação do Relacionamento sob a Ótica do Cliente: Um Estudo de Caso. 497 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo: 2004
86. QUEST Consultoria e Treinamento. Como obter indicações de pacientes: guia prático para dentistas, médicos e profissionais de saúde. São Paulo: Editora Quest, 1998a
87. QUEST Consultoria e Treinamento. Mantenha e conquiste pacientes: guia prático para dentistas, médicos e profissionais de saúde. São Paulo: Editora Quest, 1998b
88. RITTNER, Mário Celso. Marketing de relacionamento: Investigação dos fatores influenciadores e do processo de desenvolvimento da relação entre empresa e consumidor. 2001. 216 f. Dissertação (Doutorado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
89. ROCHA, Thelma Valéria. A utilização dos programas de fidelização de clientes como diferencial competitivo no setor serviços. 1998. 153 f. Dissertação (Mestrado em

Mercadologia) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

90. RODRIGUES, Aroldo e ASSMAR, Eveline Maria Leal. Influência social, atribuição de causalidade e julgamentos de responsabilidade e justiça. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2003, vol.16, no.1, p.191-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13/06/2004
91. RONCORONI, Aquiles J. La etica medica en el mundo del mercado: Fidelidad hipocratica o fidelidad a la empresa. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina, 2000; 60: 82-88.
92. RUTTER, Marina. Ética nas empresas. In: *Ética na Atividade Empresarial – Pesquisa 1999*: São Paulo, FIDES, 1999
93. SANCHES, Cida, Competitividade organizacional e Subordinação Ética : a cultura moral dos principais responsáveis pelas clínicas oftalmológicas avaliada por instrumento fundamentado em Kohlberg - Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo: 2004
94. SEGRE, Marco; SILVA, Franklin Leopoldo e; SCHRAMM, Fermin R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética*, Brasília, v.6, n.1, p. 15-23, 1998.
95. SEGRE, Marcos. Editorial do Boletim da Sociedade Brasileira de Bioética. Ano I – Nº 2 Novembro de 1999
96. SHETH, Jagdish N.; GARDNER, David M.; GARRET, Dennis E.. *Marketing theory: evolution and evaluation*. New York: John Wiley & Sons, 1988
97. SIQUEIRA, José Eduardo de; SAKAI, Márcia Hiromi; EISELE, Rogério Luiz. O ensino da ética no curso de medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina. *Bioética*, Brasília, v.10, n.1, p. 85-95, 2002.
98. SIQUEIRA, José Eduardo de. Comunicamo-nos adequadamente com os nossos pacientes? *REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA*. São Paulo, n.50, janeiro/março 2004
99. SMITH, N. Craig; QUELCH, John A. *Ethics in marketing*. 1ª edição. Estados Unidos: 1992.
100. SPORTELLI, Louis. *Ethics and the health care professional*. (198-?)
101. SULLIVAN, Robert J., MENAPACE, Lawrence W. e WHITE, Royce M. Truth-telling and patient diagnoses. *The Journal of Medical Ethics*. p192-197, 2001

102. TAYLOR, Thayer C. Seeling the Services Society. Sales Management, 1972
103. THESENGA, Donavan. Não temas o Mal: O Método Pathwork para a Transformação do Eu Inferior. São Paulo: Cultrix, 2000
104. UCHÔA, Elizabeth. Dilemas em psiquiatria: ciência, clínica e ética. Bioética, Brasília, v.9, n.1, p.45-52. 2001.
105. UDELSMANN, ARTUR. Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos médicos. Revista Associação Medica Brasileira, abr./jun. 2002, vol.48, no.2
106. URDAN, André Torres. A perspectiva do consumidor frente ao comportamento ético empresarial. São Paulo: FGV/SP, 2003.
107. VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. Ética. 20ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
108. VÁZQUEZ, A. S. Ética. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
109. WAHBA, Liliana Liviano. Relação Médico-Paciente: subsídios da psicologia para educação médica. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
110. ZAHER, Vera Lucia. E a profissão é ser médico...médico do trabalho: uma reflexão sobre as suas condições de trabalho. 1995. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
111. ZAHER, Vera Lucia. Da vocação médica ao exercício profissional: quando os médicos revelam o seu talento. 1999. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
112. ZAJDSZNAJER, Luciano. É a Ética uma Ciência?, 200-?. In: Desafios éticos. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/desafios_etc.htm> Acesso em 17/04/2004
113. ZIEMER, Roberto. A sombra organizacional: definição, análise e conseqüências para o estudo do comportamento das empresas. 1994. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICE A – Pesquisa exploratória com médicos

Prezado Médico(a),

O objetivo desta pesquisa exploratória é colher características e opiniões de médicos brasileiros a respeito da ética e de suas relações com o paciente, servindo de base para a elaboração do questionário final que será utilizado na minha tese de doutorado (Eduardo Elias Farah), que está sendo realizada na Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo. Peço que você responda as questões abaixo da forma mais sincera possível e que não se identifique. Agradeço antecipadamente por sua colaboração e eventuais sugestões.

Este questionário pode ser entregue no evento ou enviado por fax (a cobrar) (11 33465799) ou por e-mail (edu@chamaazul.com.br).

1. O que é “ser ético” enquanto médico?

2. Você esclarece em detalhes o tratamento que será realizado no seu paciente, bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos

Em mais de 50%

Em menos de 50%

3. Você esclarece em detalhes a cirurgia que será realizada no seu paciente, bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos

Em mais de 50%

Em menos de 50%

4. Você utiliza um termo de consentimento esclarecido sobre o tratamento que será realizado no seu paciente, que aborda em detalhes o tratamento bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos

Em mais de 50%

Em menos de 50%

5. Você utiliza um termo de consentimento esclarecido sobre a cirurgia que será realizada no seu paciente, que aborda em detalhes o tratamento bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos

Em mais de 50%

Em menos de 50%

6. Você já cometeu algum erro quanto ao diagnóstico de um paciente?

Sim

Não

7. Você já cometeu algum erro quanto ao prognóstico de um paciente?

Sim

Não

8. Você já cometeu algum erro na execução de algum tratamento ou procedimento em um paciente?

Sim

Não

9. Você já admitiu que errou, de forma clara, para um paciente?

Sim

Não

10. Se Sim:

Em todos os casos

Em mais da metade dos casos

Em menos da metade dos casos

11. Se Não admitiu em todos os casos, Por que?:

Vergonha de admitir o erro

Medo de ser processado pelo paciente

Medo da divulgação deste erro

Medo das consequências deste ato

Percebeu o erro após término da relação com o paciente

Outro:

(favor

especificar)_____

12. Você trata de forma diferente os pacientes particulares dos de convênio?

Sim

Não

13. Você informa a todos os seus pacientes (particulares e de convênio) desta diferença?

Sim Não

14. Você já leu um livro sobre bioética?

Sim Não

15. Você já leu um livro sobre ética ou sobre ética médica (fora o código de ética médica)?

Sim Não

16. Você já leu algum livro de bioética, ética ou ética médica após terminar a sua graduação?

Sim Não

17. Você já leu a última versão do código de ética médica?

Sim Não

18. De quando é (o ano) da última versão do código de ética médica?

19. Qual foi a última vez que você leu o código de ética médica?

20. Quais das seguintes ações você considera ética?

A - Enviar carta de aniversário ao paciente

B - Ter um folder da clínica para distribuição interna

C - Enviar um folder do consultório para os atuais pacientes

D - Enviar um folder do consultório para não pacientes

E - Fazer propaganda do consultório no jornal

F - Receber de um serviço de diagnóstico um percentual do valor dos exames pela indicação

G - Comentar com outros colegas, pacientes ou amigos o nome de pessoas que são seus pacientes

H - Solicitar aos médicos que indiquem os seus serviços a outros pacientes

I - Solicitar aos pacientes que indiquem os seus serviços a outros pacientes

J - Cobrar, de paciente de convênio, um valor extra pelo procedimento ou cirurgia

21. Quais das ações descritas acima você pratica?

A B C D E F G H I J

22. Você se considera um profissional totalmente ético? Sim Não Não respondeu

23. Se sim, Por que?

Sigo totalmente o código de ética médica

Respeito às leis

Faço sempre o melhor para o meu paciente

Outro: (favor especificar)_____

24. Você faz ou fez terapia com psicólogo ou psiquiatra?

Sim

Não

25. Você realiza algum trabalho (regular) individual ou em grupo de auto-conhecimento?

Sim

Não

26. Você pratica algum tipo de meditação?

Sim

Não

27. Você realiza alguma prática religiosa regularmente?

Sim

Não

Dados para segmentação dos entrevistados

Sexo: Masculino Feminino

Ano de nascimento: _____

Ano da formatura: _____

Nome e cidade da Faculdade de Medicina em que se
formou: _____

Especialidade(s)que _____ possui
título: _____

Possui consultório/clínica próprio: Sim Não

Onde trabalha:

Consultório/clínica

Hospital

Outro:

(favor

especificar)_____

Atende paciente de convênio? Sim Não

Nome da cidade em que

atua:_____

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE B - Resultados numéricos da pesquisa exploratória

2. Você esclarece em detalhes o tratamento que será realizado no seu paciente, bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos	8	36%
Em mais de 50% dos casos	13	59%
Em menos de 50% dos casos	1	5%
Não respondeu	1	5%

3. Você esclarece em detalhes a cirurgia que será realizada no seu paciente, bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos	12	54%
Em mais de 50% dos casos	7	32%
Em menos de 50% dos casos	1	4%
Não respondeu	2	9%

4. Se você realiza algum tratamento, você utiliza um termo de consentimento esclarecido sobre o tratamento que será realizado no seu paciente, que aborda em detalhes o tratamento bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos	4	18%
Em mais de 50%	6	27%
Em menos de 50%	9	41%
Não respondeu	2	9%

5. Se você realiza alguma cirurgia, você utiliza um termo de consentimento esclarecido sobre a cirurgia que será realizada no seu paciente, que aborda em detalhes o tratamento bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos	4	18%
Em mais de 50%	5	23%
Em menos de 50%	9	41%
Não respondeu	3	13%

6. Você já cometeu algum erro quanto ao diagnóstico de um paciente?

Sim	21	95%	Não	0	0%
Não respondeu	1	5%			

7. Você já cometeu algum erro quanto ao prognóstico de um paciente?

Sim	18	82%	Não	4	18%
-----	----	-----	-----	---	-----

8. Você já cometeu algum erro na execução de algum tratamento ou procedimento em um paciente?

Sim	17	77%	Não	3	14%
Não respondeu		9%			

9. Você já admitiu que errou, de forma clara, para um paciente?

Sim	16	73%	Não	4	18%	Não respondeu
		9%				

10. Se já houver admitido, isto ocorreu:

Em todos os casos	1
Em mais da metade dos casos	11
Em menos da metade dos casos	5

11. Se não houver admitido em todos os casos, indique o motivo:

Vergonha de admitir o erro	4
Medo de ser processado pelo paciente	6
Medo da divulgação deste erro	4
Medo das consequências deste ato	5
O erro foi percebido após término da relação com o paciente	4
Outro: (favor especificar) _____	3
Não respondeu	4

12. Você trata de forma diferente os pacientes particulares e de convênio?

Sim	1	Não	20	Não respondeu	1
-----	---	-----	----	---------------	---

13. Se sim, você informa a todos os seus pacientes (particulares e de convênio) desta diferença?

Sim	2	Não	11	Não respondeu	8
-----	---	-----	----	---------------	---

14. Você já leu um livro sobre bioética?

Sim	9	Não	11	Não respondeu	2
-----	---	-----	----	---------------	---

15. Você já leu um livro sobre ética ou sobre ética médica (fora o código de ética médica)?

Sim	11	Não	10	Não respondeu	1
-----	----	-----	----	---------------	---

16. Você já leu algum livro de bioética, ética ou ética médica após terminar a sua graduação?

Sim	9	Não	12	Não respondeu	1
-----	---	-----	----	---------------	---

17. Você já leu a última versão do código de ética médica?

Sim	5	Não	15	Não respondeu	2
-----	---	-----	----	---------------	---

18. De quando é (o ano) da última versão do código de ética médica?

988	2	Não Sei	20
-----	---	---------	----

19. Em que ano foi a última vez que você leu o código de ética médica?

Qualquer ano	4	Não respondeu	17
--------------	---	---------------	----

20. Quais das seguintes ações você considera éticas?

A - Enviar carta de aniversário ao paciente	11
B - Ter um folder da clínica para distribuição interna	12
C - Enviar um folder do consultório para os atuais pacientes	11
D - Enviar um folder do consultório para não pacientes	5
E - Fazer propaganda do consultório no jornal	5
F - Receber de um serviço de diagnóstico um percentual do valor dos exames pela indicação	0
G - Comentar com outros colegas, pacientes ou amigos o nome de pessoas que são seus pacientes	1
H - Solicitar aos médicos que indiquem os seus serviços a outros pacientes	5
I - Solicitar aos pacientes que indiquem os seus serviços a outros pacientes	4
J - Cobrar, de paciente de convênio, um valor extra pelo procedimento ou cirurgia	1
Não respondeu	1
Outro	1

21. Quais das ações descritas acima você pratica?

A	1
B	3
C	1
D	0
E	1
F	0
G	1
H	4
I	4
J	0
Não respondeu	9
Outro	1

22. Você se considera um profissional totalmente ético?

Sim 19 Não 0 Não respondeu ,

23. Se sim, Por que?

Sigo totalmente o código de ética médica 7
Respeito às leis 5
Faço sempre o melhor para o meu paciente 17
Outro: (favor especificar)_____5

24. Você faz ou fez terapia com psicólogo ou psiquiatra?

Sim Não

25. Você realiza algum trabalho (regular) individual ou em grupo de auto-conhecimento?

Sim Não

26. Você pratica algum tipo de meditação?

Sim Não

27. Você realiza alguma prática religiosa regularmente?

Sim

Não

Você tem algum comentário ou observação sobre as questões desta pesquisa?

Dados para segmentação dos entrevistados

Sexo: Masculino Feminino

Ano de nascimento: _____

Ano da formatura: _____

Nome e cidade da Faculdade de Medicina em que se formou: _____

Especialidade(s) que _____ possui

título: _____

Possui consultório/clínica próprio: Sim Não

Onde trabalha:

Consultório/clínica

Hospital

Outro: _____ (favor

especificar) _____

Atende pacientes de convênio médico? Sim Não

Nome da cidade em que

atua: _____

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE C – Questionário médicos

Prezado(a) Médico(a),

O objetivo desta pesquisa é levantar características e opiniões de médicos brasileiros a respeito da ética e de suas relações com o paciente. Esta pesquisa será utilizada na tese de doutorado do Prof. Eduardo Elias Farah que está sendo realizada na Fundação Getulio Vargas, em São Paulo. Para uma melhor eficácia da análise (metodologia), pedimos que as respostas sejam feitas na sequência indicada e que nenhum item fique sem resposta. Pedimos ainda que você responda as questões abaixo da forma mais sincera possível e que não se identifique. Agradecemos antecipadamente por sua valiosa colaboração e eventuais comentários.

Este questionário pode ser enviado por correio (Rua José Getúlio, 579 cj61, Cep 01509-001, São Paulo, Capital), ou por fax (inclusive a cobrar) pelo tel/fax (11) 33465799 ou por e-mail (edu@chamaazul.com.br).

Para responder este questionário, basta escrever um X nas alternativas escolhidas.

Você esclarece o seu paciente de todas as informações importantes e detalhes sobre:	Em 100% dos casos	Em mais de 50% dos casos	Em menos de 50% dos casos	Em 0% dos casos	Não Sei/ Não se aplica
O que é a sua doença e suas causas prováveis					
A provável evolução da doença					
Todos os tratamentos disponíveis para aquela doença					
Os riscos e conseqüências de cada um dos tratamentos disponíveis					
Os riscos existentes de não se tratar adequadamente da doença					
A responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença					
A responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que ele escolhe para aquela doença					
A responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações					

médicas para o tratamento da doença					
-------------------------------------	--	--	--	--	--

Se você realiza alguma cirurgia ou procedimento, você utiliza um termo de consentimento esclarecido (por escrito) sobre a cirurgia/procedimento que será realizado no seu paciente, que aborda em detalhes o tratamento bem como todos os riscos?

Em 100% dos casos
Em mais de 50%
Em menos de 50%
Em 0% dos casos (Nunca)
Não realizo cirurgia/procedimento que envolva risco ao paciente

Após você ter dado sua opinião sobre o tratamento ao paciente, quem decide efetivamente a realização do tratamento?

O paciente/família em 100% dos casos
O médico em 100% dos casos
O paciente/família juntamente com o médico em 100% dos casos
O paciente/família juntamente com o médico em mais de 50% dos casos
O paciente/família em mais de 50%
O médico em mais de 50%

Você já cometeu algum erro quanto ao diagnóstico de um paciente?

Sim Não

Você já cometeu algum erro quanto ao prognóstico de um paciente?

Sim Não

Você já cometeu algum erro na execução de algum tratamento ou procedimento em um paciente?

Sim Não

Você já admitiu que errou, de forma clara, para um paciente?

Sim Não

Se já houver admitido, isto ocorreu:

Em todos os casos
Em mais da metade dos casos
Em menos da metade dos casos

Se não houver admitido em todos os casos, indique o motivo (pode ser mais de um):

Vergonha de admitir o erro
Medo de ser processado pelo paciente

Medo da divulgação deste erro

Medo das consequências deste ato

O erro foi percebido após término da relação com o paciente

Outro: _____ (favor especificar)_____

A duração de sua consulta é a mesma para pacientes particulares e de convênio?

Sim Não Não atendo pacientes de convênios

Se a duração é diferente, você informa a todos os seus pacientes (particulares e de convênio) desta diferença?

Sim Não Não atendo pacientes de convênios

Você já leu um livro sobre bioética?

Sim Não

Você já leu um livro sobre ética ou sobre ética médica (fora o código de ética médica)?

Sim Não

Você já leu algum livro de bioética, ética ou ética médica após terminar a sua graduação?

Sim Não

Você já leu a última versão do código de ética médica?

Sim Não

De quando é (o ano) da última versão do código de ética médica? Ano: _____ Não
Sei

Em que ano foi a última vez que você leu o código de ética médica? Ano: _____ Não
Sei

Você participa regularmente de algum grupo ou fórum de ética médica?

Sim Não

Você já participou de um curso específico sobre ética médica?

Sim Não

Quais das seguintes ações você considera éticas?

- A - Enviar carta de aniversário ao paciente
- B - Ter um folder da clínica para distribuição interna
- C - Enviar um folder do consultório para os atuais pacientes
- D - Enviar um folder do consultório para não pacientes
- E - Fazer propaganda do consultório no jornal
- F - Receber de um serviço de diagnóstico um percentual do valor dos exames pela indicação
- G - Comentar com outros colegas, pacientes ou amigos o nome de pessoas que são seus pacientes
- H - Solicitar aos médicos que indiquem os seus serviços a outros pacientes
- I - Solicitar aos pacientes que indiquem os seus serviços a outros pacientes
- J - Cobrar, de paciente de convênio, um valor extra pelo procedimento ou cirurgia
- K - Dar um cartão ou folder de um colega médico ao seu paciente
- L - Convidar o seu paciente para alguma atividade não médica (como uma gincana ou evento)

Quais das ações descritas acima você pratica?

A B C D E F G H I J K L

Antes de iniciar o preenchimento desta pesquisa, você pretendia ler algum livro de bioética, ética ou ética médica nos próximos 3 meses? Sim Não

Antes de iniciar o preenchimento desta pesquisa, você pretendia ler o código de ética médica nos próximos 3 meses?

Sim Não

Antes de iniciar o preenchimento desta pesquisa, você pretendia fazer algum curso sobre bioética, ética ou ética médica nos próximos 3 meses?

Sim Não

Antes de iniciar o preenchimento desta pesquisa, você pretendia iniciar a participação regular em algum grupo ou fórum sobre ética médica nos próximos 3 meses?

Sim Não

Você se considera um profissional totalmente ético? Sim Não

Se sim, Por que?

Sigo totalmente o código de ética médica Respeito às leis

Faço sempre o melhor para o meu paciente

Outro:

(favor

especificar) _____

Você faz ou fez terapia com psicólogo ou psiquiatra?

Sim

Não

Você realiza algum trabalho (regular) individual ou em grupo de auto-conhecimento?

Sim

Não

Você pratica algum tipo de meditação?

Sim

Não

Você realiza alguma prática religiosa regularmente (uma vez por semana, em média)?

Sim

Não

O quanto você concorda com as seguintes frases:

	Concordo totalment e	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalment e
Eu sei tudo o que eu preciso sobre ética médica					
Eu sempre dou o melhor de mim para todos os pacientes					
Eu ajudo o paciente a se conhecer melhor					
Eu não preciso mais estudar sobre ética médica					
Eu falo sempre o que penso ao meu paciente					
Eu sou responsável por todo o tipo de problema que tenho no relacionamento com um paciente					
Eu sempre esclareço e insisto com o paciente da importância dos retornos					

periódicos necessários					
Eu deveria ser mais humilde na minha relação com o paciente					
Às vezes eu fico com raiva do paciente					
Eu sempre ouço tudo o que o meu paciente tem a me dizer					
Na minha consulta, em média, eu falo mais do que o meu paciente					
Eu me preocupo com os sentimentos do paciente, como medo e ansiedade					
Eu não gosto de ter que fazer marketing					
Eu não dedico o tempo e atenção necessários aos meus pacientes					
O paciente é o principal responsável por sua saúde e por sua doença					
O fato do paciente ter um claro sentido de vida contribui muito para sua saúde e recuperação					
O médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor					
O médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida					
O mercado de trabalho está bastante desfavorável para o médico					
O médico ganha, na média, menos do que ele merece e precisa					
As condições desfavoráveis do mercado contribuem para que o médico seja menos ético					
Os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido à baixa remuneração					
Os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido às restrições técnicas					
O médico deve investir em seu auto-					

conhecimento					
O médico que tem uma maior auto-conhecimento é mais ético					
	Concordo totalment e	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalment e
O médico que possui alguma prática religiosa é mais ético					
O médico, em geral, tem dificuldade em reconhecer seus pontos fracos					
O médico, em geral, tem atitudes arrogantes					
O médico que faz marketing não é ético					
O item que o paciente mais valoriza do médico é sua capacidade de ouvi-lo					
O paciente prefere que o médico seja o mais técnico e direto possível, em uma consulta rápida					
O sentimento e percepções do paciente têm relação direta com sua saúde					
A doença do paciente é causada basicamente por problemas físicos e biológicos					
Problemas físicos e problemas emocionais têm pesos semelhantes como causa da doença do paciente					
A doença do paciente é causada basicamente por problemas emocionais que posteriormente se tornam físicos					
A relação do médico com o paciente é muito importante para a cura do paciente					
Mesmo sabendo da importância da relação com o paciente, o médico não dedica o tempo e a atenção necessários para este relacionamento					

O médico fala muito da importância do relacionamento com o paciente, mas não coloca isto na sua prática médica					
--	--	--	--	--	--

Escreva abaixo qualquer comentário ou observação que queira acrescentar sobre esta pesquisa e suas questões

Dados para segmentação dos entrevistados

Sexo: Masculino Feminino

Ano de nascimento: _____

Ano da formatura: _____

Nome e cidade da Faculdade de Medicina em que se formou: _____

Especialidade(s) que possui título: _____

Possui consultório/clínica próprio: Sim Não

Onde trabalha:

Universidade

Consultório/clínica

Hospital

Outro:

(favor

especificar) _____

Atende pacientes de convênio médico? Sim Não

Nome da cidade em que atua: _____

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE D – Questionário Pacientes

Prezado(a) Amigo(a),

Antes de tudo, agradeço por sua atenção e ajuda. O objetivo desta pesquisa é levantar características e opiniões de pacientes brasileiros a respeito da ética dos médicos. Esta pesquisa será utilizada na minha tese de doutorado (Prof. Eduardo Elias Farah) que está sendo realizada na Fundação Getulio Vargas, em São Paulo. Para uma melhor eficácia da análise (metodologia), peço que as respostas sejam feitas na sequência indicada e que nenhum item fique sem resposta. Peço ainda que você responda as questões abaixo da forma mais sincera possível e que não se identifique. Agradeço antecipadamente por sua valiosa colaboração e eventuais sugestões.

Este questionário pode ser entregue em mãos, por correio (Rua José Getúlio, 579, cj.61 Cep 01509-001, São Paulo), por fax (inclusive a cobrar) pelo tel/fax (11) 33465799 ou por e-mail (edu@chamaazul.com.br).

Ao responder as questões que abordam o “seu médico”, pedimos que você pense no último médico pelo qual você foi atendido. Nas outras questões, pense nos médicos que você conhece.

Você acha que o seu médico fornece todas as informações importantes e detalhes sobre:	Em 100% dos casos	Em mais de 50% dos casos	Em menos de 50% dos casos	Em 0% dos casos	Não Sei/ Não se aplica
O que é a sua doença e suas causas prováveis					
A provável evolução da sua doença					
Todos os tratamentos disponíveis para aquela doença					
Os riscos e conseqüências de cada um dos tratamentos disponíveis					
Os riscos existentes de não se tratar adequadamente da doença					
A responsabilidade do paciente em ter, de alguma forma, contribuído para aquela doença					
A responsabilidade do paciente em decidir qual o tratamento que					

ele escolhe para aquela doença					
A responsabilidade do paciente em seguir todas as recomendações médicas para o tratamento da doença					

Se você passou por alguma cirurgia ou procedimento invasivo (como endoscopia, laparoscopia etc.), o seu médico utilizou um termo de consentimento esclarecido (material por escrito que explica o que será feito e todos os seus riscos, sendo solicitada a sua assinatura) sobre a cirurgia/procedimento que foi realizado?

Em 100% das cirurgias e procedimentos pelas quais você passou

Em mais de 50% das cirurgias e procedimentos pelas quais você passou

Em menos de 50% das cirurgias e procedimentos pelas quais você passou

Em 0%, ou seja, nunca nas cirurgias e procedimentos pelas quais você passou

Nunca passei por procedimento e/ou cirurgia

Após o médico ter dado sua opinião sobre o tratamento, quem decidiu efetivamente na escolha do tratamento?

O paciente/família em 100% dos casos

O paciente/família em mais de 50%

O médico em 100% dos casos

O médico em mais de 50%

O paciente/família juntamente com o médico em 100% dos casos

O paciente/família juntamente com o médico em mais de 50% dos casos

Algum médico já cometeu algum tipo de erro quanto ao seu diagnóstico?

Sim

Não

Não sei

Algum médico já cometeu algum tipo de erro quanto ao tipo de tratamento necessário para sua doença?

Sim

Não

Não sei

Algum médico já cometeu algum tipo de erro na execução de seu tratamento ou procedimento?

Sim

Não

Não sei

Algum médico já admitiu que errou, de forma clara, para você?

Sim Não

Pelo o que você sabe, a duração da consulta do seu médico é a mesma para pacientes particulares e para pacientes de convênio?

Sim Não Não sei

Se não for a mesma, você foi informado pelo seu médico sobre esta diferença?

Sim Não Não sei

Quais das seguintes ações efetuadas pelos médicos você considera éticas?

- A - Enviar carta de aniversário ao paciente
- B - Ter um folder da clínica para distribuição interna
- C - Enviar um folder do consultório para os atuais pacientes
- D - Enviar um folder do consultório para não pacientes
- E - Fazer propaganda do consultório no jornal
- F - Receber de um serviço de diagnóstico um percentual do valor dos exames pela indicação
- G - Comentar com outros colegas, pacientes ou amigos o nome de pessoas que são seus pacientes
- H - Solicitar aos médicos que indiquem os seus serviços a outros pacientes
- I - Solicitar aos pacientes que indiquem os seus serviços a outros pacientes
- J - Cobrar, de paciente de convênio, um valor extra pelo procedimento ou cirurgia
- K - Dar um cartão ou folder de um colega médico ao seu paciente
- L - Convidar o seu paciente para alguma atividade não médica (como uma gincana ou evento)

Quais das ações descritas acima o seu médico pratica?

A B C D E F G H I J K L

Você considera o seu médico totalmente ético? Sim Não

Se sim, por quê?

Segue totalmente o código de ética médica

Respeita as leis

Faz sempre o melhor para mim

Outro:

(favor

especificar)_____

O quanto você concorda com as seguintes frases:

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
O meu médico sabe tudo o que ele precisa sobre ética médica					
O meu médico sempre dá o melhor de si para mim e para todos os pacientes					
O meu médico me ajuda a me conhecer melhor					
O meu médico não precisa mais estudar sobre ética médica					
O meu médico sempre fala o que pensa para mim					
O meu médico é responsável por todo o tipo de problema que tem no relacionamento comigo					
O meu médico sempre esclarece e insiste comigo sobre a importância dos retornos periódicos					
Nas consultas, em média, eu falo mais do que o meu médico					
O paciente é o principal responsável por sua saúde e por sua doença					
O fato do paciente ter um claro sentido de vida contribui perceptivelmente para sua saúde e recuperação					
O médico deve ajudar o paciente a se conhecer melhor					
O médico pode ajudar o paciente a encontrar um sentido de vida					
O mercado de trabalho está bastante desfavorável para o médico					

O médico ganha, na média, menos do que ele merece e precisa					
As condições desfavoráveis do mercado contribuem para que o médico seja menos ético					
	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido à baixa remuneração					
Os convênios fazem com que o médico seja menos ético devido às restrições técnicas					
O médico que faz marketing não é ético					
O médico deve investir em seu auto-conhecimento					
O médico que tem uma maior auto-conhecimento é mais ético					
O médico que possui alguma prática religiosa é mais ético					
O médico, em geral, tem dificuldade em reconhecer seus pontos fracos					
O médico, em geral, tem atitudes arrogantes					
O médico deveria ser mais humilde na sua relação com o paciente					
Às vezes o médico fica com raiva do paciente					
O médico sempre ouve tudo o que o paciente tem a dizer					
O item que o paciente mais valoriza do médico é sua capacidade de ouvi-lo					
O paciente prefere que o médico seja o					

mais técnico e direto possível, em uma consulta rápida					
O médico se preocupa com os sentimentos do paciente, como medo e ansiedade					
Os sentimentos e percepções do paciente têm relação direta com sua saúde					
A doença do paciente é causada basicamente por problemas físicos e biológicos					
Problemas físicos e problemas emocionais têm pesos semelhantes como causa da doença do paciente					
A doença do paciente é causada basicamente por problemas emocionais que posteriormente se tornam físicos					
A relação do médico com o paciente é muito importante para a cura do paciente					
Mesmo sabendo da importância da relação com o paciente, o médico não dedica o tempo e a atenção necessários para este relacionamento					
O médico fala muito da importância do relacionamento com o paciente, mas não coloca isto na sua prática médica					

Cite a especialidade do médico que você foi mais recentemente:

Este seu médico atende pelo seu convênio? Sim Não

Escreva abaixo qualquer comentário ou observação que queira acrescentar sobre esta pesquisa e suas questões

Dados para segmentação dos entrevistados

Sexo: Masculino Feminino

Ano de nascimento: _____

Escolaridade: 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Incompleto

 2º Grau Completo 3º Grau Incompleto 3º Grau Completo

 Pós Graduação (completa ou incompleta)

Possui algum convênio médico? Não Sim:

Se sim, qual? _____

Nome da cidade em que mora: _____

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE E – Perfil dos pacientes que responderam o questionário

Na pesquisa com pacientes obtivemos 151 questionários respondidos, sendo:

- 101 por e-mail
- 50 em papel

Perfil dos pacientes

O perfil demográfico dos pacientes que responderam o questionário é:

Tabela – Percentual de pacientes por faixa de sexo

Sexo	
A Masculino	49,67%
B Feminino	44,37%
X Não respondeu	5,96%

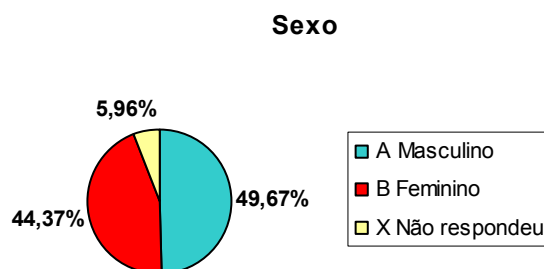


Gráfico – Percentual de pacientes por faixa de sexo

Tabela – Percentual de pacientes por ano de nascimento

Ano de nascimento	%
A Depois de 1980	10,60%
B Entre 1975 a 1979	13,25%
C Entre 1970 a 1974	17,88%
D Entre 1965 a 1969	20,53%
E Entre 1960 a 1964	12,58%
F Entre 1955 a 1959	3,97%
G 1954 ou antes	6,62%
X Não respondeu	14,57%

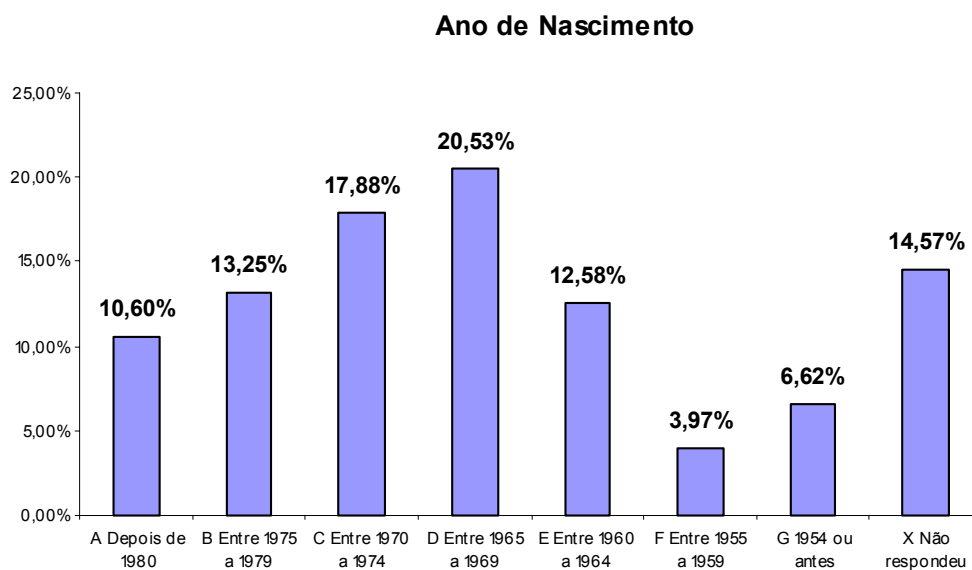


Gráfico – Percentual de pacientes por ano de nascimento

Tabela – Percentual de pacientes que possui convênio médico

Possui algum convênio médico?	%
Sim	79,47%
Não	16,56%
Não respondeu	3,97%

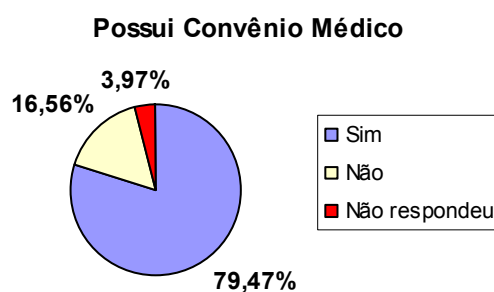


Gráfico – Percentual de pacientes que possui convênio médico

Tabela – Escolaridade dos pacientes

Escolaridade	%
1º Grau incompleto	0,66%
1º Grau completo	0,00%
2º Grau completo	9,27%
3º Grau incompleto	8,61%
3º Grau completo	31,79%
Pós-graduação (completa ou incompleta)	43,05%
Não respondeu	6,62%

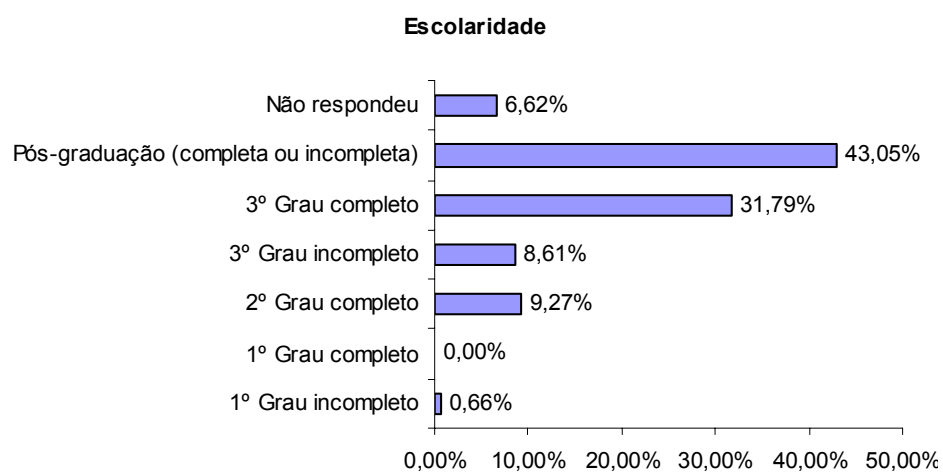


Gráfico – Escolaridade dos pacientes

APÊNDICE F – Perfil dos médicos que responderam o questionário

Tabela - Distribuição percentual de médicos por faixa de sexo

Sexo	%
A Masculino	70,52%
B Feminino	27,07%
X Não respondeu	2,40%

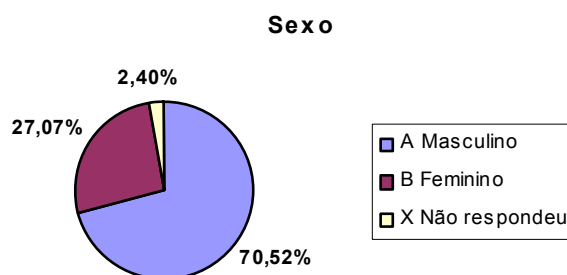


Gráfico – Distribuição percentual de médicos por faixa de sexo

Tabela – Distribuição Percentual de médicos por ano de nascimento

Ano de nascimento	%
A Depois de 1980	0,22%
B Entre 1975 a 1979	10,92%
C Entre 1970 a 1974	10,48%
D Entre 1965 a 1969	12,88%
E Entre 1960 a 1964	10,48%
F Entre 1955 a 1959	14,41%
G 1954 ou antes	37,99%
X Não respondeu	2,62%

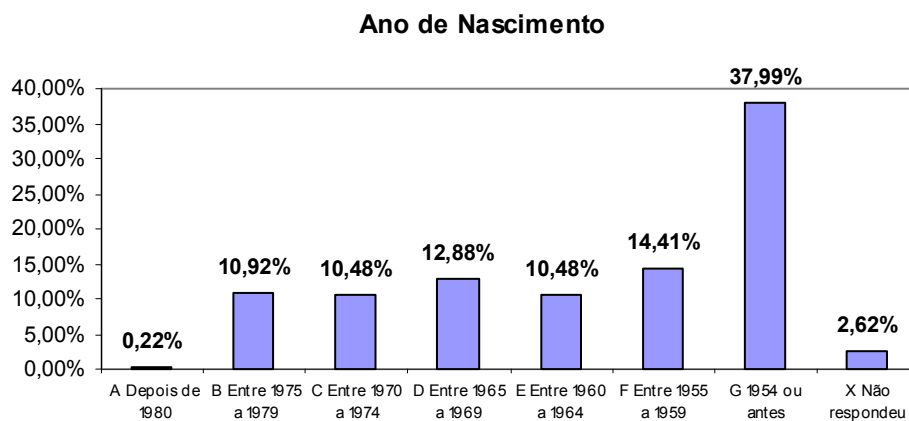


Gráfico – Distribuição Percentual de médicos por ano de nascimento

Tabela – Distribuição Percentual de médicos por especialidade

Especialidade	%
Cardiologia	34,06%
Clínica médica	9,17%
Ortopedia e traumatologia	3,93%
Ginecologia e obstetrícia	3,71%
Cirurgia Geral	3,49%
Pediatria	1,97%
Dermatologia	1,09%
Psiquiatria	1,09%
Anestesiologia	0,87%
Urologia	0,87%
Oftalmologia	0,66%
Outros	15,94%
Não respondeu / Não possui especialidade	23,14%

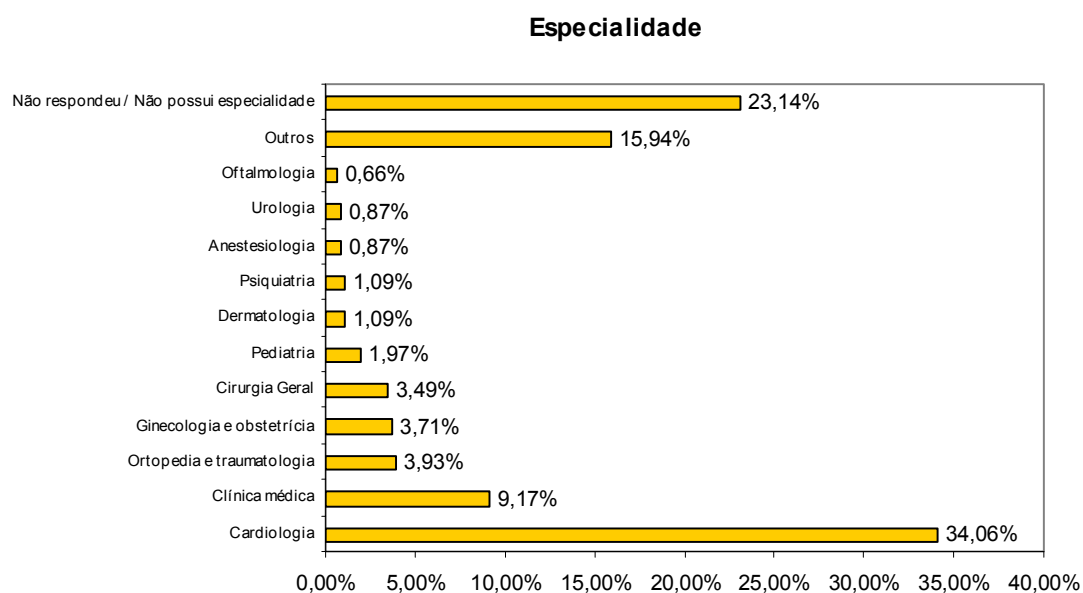


Gráfico – Distribuição Percentual de médicos por especialidade

Tabela – Distribuição Percentual de médicos que aceitam convênios

Aceita convênio médico?	%
Sim	79,48%
Não	18,12%
Não respondeu	2,40%

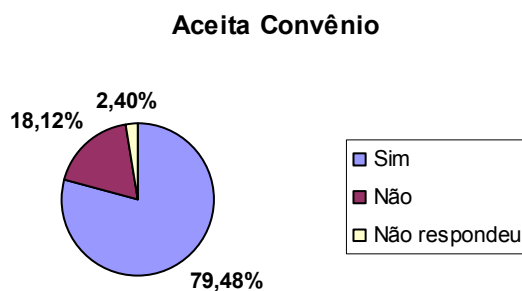


Gráfico – Distribuição Percentual de médicos que aceitam convênios

Tabela – Distribuição Percentual de médicos que possui consultório próprio

Possui consultório próprio?	%
Sim	72,49%
Não	23,80%
Não respondeu	3,71%

Possui Consultório Próprio

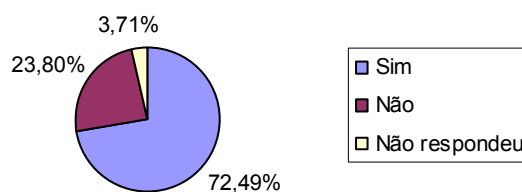


Gráfico – Distribuição Percentual de médicos que possui consultório próprio

Tabela – Distribuição Percentual de médicos por local de trabalho

Onde trabalha?	%
Consultório / Clínica	76,86%
Hospital	70,31%
Universidade	21,62%
Outro	15,50%

Onde Trabalha

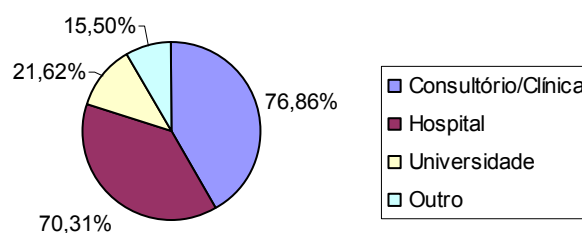


Gráfico – Distribuição Percentual de médicos por local de trabalho