

**A MERCANTILIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:
CRÍTICA TEÓRICA DO UTILITARISMO A PARTIR DO ESTUDO
SOBRE ATENDIMENTO A FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA EM
HOSPITAIS PÚBLICOS***

*Paulo Henrique Martins
Kátya Carvalho Alexandre*

1. Degradação do atendimento médico-hospitalar

Há um sentimento generalizado de insatisfação com a medicina alopática moderna, sobretudo no que diz respeito aos serviços assistenciais curativos oferecidos no sistema hospitalar público. As acusações mútuas de profissionais e usuários se multiplicam. Todos e ninguém têm razão. Pois, de fato, como iremos demonstrar ao longo deste texto, existem “razões” sociológicas mais amplas sobre a degradação da prática médica que extrapolam explicações pontuais sobre o funcionamento dos hospitais públicos.

O texto funda-se numa pesquisa recente sobre a situação dos pacientes que buscam as emergências e ambulatórios dos hospitais públicos. A nossa hipótese de trabalho é que o modelo assistencial-hospitalar é insuficiente para dar conta da demanda real daqueles que recorrem a esses serviços públicos. Tal insuficiência, no nosso entender, deve-se menos a dificuldades técnicas ou financeiras e mais a uma desumanização que vem acontecendo nas relações médico-paciente, provocadas pela penetração do utilitarismo no campo médico. Nesse sentido, este texto confirma as críticas recentes sobre a desumanização em curso no campo médico (Martins, 2003).

Em geral, o argumento usado para justificar o desinteresse do profissional para com o paciente seria a baixa remuneração. Embora o dinheiro seja importante - porque, em princípio, profissionais melhor remunerados deveriam demonstrar maior satisfação com o trabalho - na prática, contudo, não existe esta correlação direta entre o valor do pagamento da consulta e a boa

* Essa pesquisa faz parte de um projeto maior do NUCEM (Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança), intitulado: “Sociedade, Cidadania e Ambivalência no Campo Médico no Brasil” e realizado no período de março de 2002 a fevereiro de 2003. Durante esse período foram levantadas informações acerca do campo médico no Recife envolvendo profissionais, usuários e pacientes. Esta última parte sobre pacientes envolveu observação semiparticipante do pesquisador na emergência do Hospital da Restauração e nos ambulatórios do Hospital das Clínicas, com a efetuação de trinta entrevistas (quinze em cada um) com os familiares dos pacientes que aguardavam atendimento clínico e que foi realizada por Katya Carvalho Alexandre. O objetivo das questões era entender como as famílias avaliavam a qualidade do atendimento médico público e como se organizava a relação médico-paciente no ambiente hospitalar.

qualidade do atendimento. Aliás, semelhante raciocínio é perigoso por sugerir que pessoas mais ricas seriam mais felizes e as mais pobres menos felizes, já que os primeiros podem recorrer aos serviços médicos privados que, sendo pagos, deveriam ter alta qualidade assegurada. Mas não é isso o que acontece na prática hospitalar.

Nossa hipótese, diferentemente, é demonstrar que o fator mais importante para o surgimento de uma medicina de qualidade é o nível de interatividade entre o médico e o paciente, independentemente de se falar do público ou privado. No nosso entender, a alta interatividade assegura a humanização do atendimento, no lado contrário, a baixa interatividade realça atitudes egoístas, a indiferença e a insatisfação. O fato de que as práticas médicas venham revelando perda de qualidade e aumento da desconfiança entre profissionais e usuários revela, no nosso entender, que o atendimento hospitalar expressa alguma anomalia social ou cultural a merecer discussão mais aprofundada e que tem relação direta com o distanciamento entre as partes. Independentemente de nos referirmos ao modelo privado ou público, entendemos que esta desarticulação da relação médico-paciente não é mero fator conjuntural revelando, diferentemente, um fator preocupante: a penetração de valores utilitaristas no campo médico. Isto é, a entrada de valores fundados no interesse individualista e produtivista se expressa mediante alguns indicadores preocupantes como: valorização exagerada da produtividade econômica na definição dos orçamentos hospitalares, resultando fatalmente na reorganização das práticas de atendimento em função da equação tempo x dinheiro. Semelhante modo de organizar a assistência médica implica de imediato o abandono de critérios tradicionais que respeitavam a condição do enfermo independentemente do que este significava em termos de custo econômico unitário.

A pesquisa demonstrou haver tensões e desconfianças crescentes de ambas as partes, de médicos e de pacientes. Entre os indicadores que revelam o enfraquecimento do vínculo médico relacionam-se: dificuldades de tempo para se conseguir uma ficha de consulta (no caso ambulatorial); consultas-relâmpago que economizam pragmaticamente o tempo de diagnóstico; comportamento excessivamente distante dos profissionais revelando o temor dos mesmos de enfrentarem a represália dos pacientes; enxurradas de exames, muitos deles desnecessários e solicitados por medo de eventual erro médico que gere processos jurídicos por parte dos usuários, comprometendo a credibilidade profissional. Em suma, o excesso de tecnicismo aliado ao interesse com o ganho econômico, de uma parte, e a desconfiança crescente entre as partes envolvidas, de outra, tendem a substituir o diálogo interpessoal entre médico e paciente. Aparece no lugar do antigo vínculo profissional próprio da medicina tradicional, uma espécie de contrato profissional utilitarista que reforça necessariamente a distância entre médicos e pacientes.

Mas as razões deste processo não são claras nem mesmo para os profissionais médicos. Estes, em geral, tendem a enumerar um rosário de motivos para justificar a perda da qualidade do atendimento hospitalar, mas que não tocam no centro da questão. Entre estes motivos podemos enumerar: a de-

manda de pacientes desproporcional ao número de médicos disponíveis para o atendimento; a precariedade dos equipamentos e serviços profissionais que não oferecem condições adequadas para uma medicina de qualidade, os baixos salários que deixam os profissionais desmotivados.

Os pacientes e suas famílias, por sua vez, também não conseguem formular um entendimento adequado do problema. Os entrevistados, por serem de baixa renda, reclamam freqüentemente do fato que os médicos não levam em conta o alto valor econômico dos medicamentos, o que torna inviável a aquisição dos mesmos pelos usuários pobres. Mas, o mais grave, como veremos, é a relação médico-paciente em si, a fragmentação da experiência do contato direto na cura, que é provocada pelo utilitarismo.

A seguir, tentaremos explicar que essas dificuldades não são mero fruto do acaso mas correspondem, diversamente, ao impacto negativo da ideologia utilitarista na reprodução do campo médico, impondo valores quantitativistas e produtivistas que influem diretamente sobre a deterioração da relação médico-paciente, levando à perda de qualidade da mesma.

2. A ideologia utilitarista e a privatização do público

Toda ideologia serve a produzir uma imagem de poder, um discurso convincente sobre a natureza e as condições de exercício da dominação (Ansart, 1978). Isso não poderia ser diferente no que concerne à ideologia utilitarista hegemônica no contexto da economia global. Sendo herdeira direta da filosofia utilitarista do século XVIII, tal ideologia propõe que “as relações sociais podem e devem ser compreendidas como resultantes do entrecruzamento dos cálculos efetuados pelos indivíduos” (Caillé, 1998, p. 30), ficando negligenciados outros fatores, como as solidariedades espontâneas e as obrigações coletivas derivadas de consenso mútuo.

A desconsideração do elemento simbólico na organização dos processos sociais é produzida pela predominância de uma visão contábil que se expandiu a partir do descaixe conhecido pela instituição de mercado com relação ao todo social. Por privilegiar o quantitativismo na organização das práticas sociais, a doutrina utilitarista simplifica arbitrariamente a complexidade teórica e prática da ação social, influenciando negativamente nos agentes formadores e indutores de opiniões e de mudanças como o Estado e as organizações formais, em geral. A insistência sobre a visão simplificação produz necessariamente desregulações no sistema social, refletindo-se desencontradamente nas estruturas espaciais (global, nacional e local), o que é percebido pelas ampliações das desigualdades sociais e econômicas e pelo aumento da instabilidade política em diversas partes do planeta.

Mas se o interesse econômico material (que está na base deste reducionismo) explica a ânsia do ganho, ele não esclarece, portanto, as razões de as pessoas se associarem e se solidarizarem espontaneamente ou de obedecerem sem questionamentos às tradições e às regras coletivas (que não têm nenhuma determinação econômica). Esta insuficiência teórica do utilitarismo

e a crítica à mesma a partir do campo da saúde constituem uma questão central para a construção deste texto.

Aproximando as lentes do nosso objeto de reflexão, concluímos que o atual cenário mundial reforça esta onda utilitarista na saúde, o que se evidencia pela crescente instrumentalização do conhecimento médico e pela submissão dos valores da medicina aos valores mercantis e econômicos. O utilitarismo médico - versão mais pontual da ideologia utilitarista - propõe que a boa prática de cura advém da associação entre ganho econômico, progresso tecnológico e superespecialização independentemente da qualidade do vínculo interpessoal entre profissional e paciente.

De fato, o modelo médico assistencial e curativo moderno é regido predominantemente pelas diretrizes do neoliberalismo, pela expansão do capitalismo médico especulativo e da medicina técnico-utilitarista, que submete a saúde à lógica do mercado, transformando aqueles pacientes em grupos de clientes particulares e consumidores. Dessa forma, a doença se torna uma mercadoria, mais valorizada do que o doente, o que é evidente no setor privado como o lembra Almeida:

O que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil contratual das relações entre atores, que por sua vez conferem à demanda caráter seletivo. Nessa perspectiva, o mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar, que tem por objetivo atender à determinada demanda ou clientela restrita (Almeida, 1991, p. 6)².

Rubem Alves, referindo-se ao médico contemporâneo, lembra com outras palavras a mesma preocupação com a mercantilização dos cuidados médicos: “A vida lhes pregou uma peça, e hoje a imagem que eles vêem refletida no espelho é a de uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vendem serviços” (Alves, 2002, p. 22).

Tal visão contribuiu para desvalorizar progressivamente o médico generalista que era símbolo de uma medicina mais interativa, significando na prática que a mão que tocava e interagira fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por consultas com ares de negócios nas quais os profissionais se descuidam de um diálogo mais inteiro e intenso com o enfermo. A imagem negativista dos serviços públicos resultante da disseminação do utilitarismo vem contaminando perigosamente a opinião pública, que passa fazer comparações ilusórias entre o público e o privado na saúde. A insuficiência de investimentos no setor público contribui para enfraquecer a idéia de público e fortalecer o fetiche produtivista da medicina privada. Esta comparação é, po-

² Nesse contexto, não é exagero dizer que o modelo de gestão misto brasileiro é formado por um “apartheid” social em que, de um lado, a medicina privada elitista desenvolve tecnologias cada vez mais sofisticadas para atender a uma parcela privilegiada da sociedade, e de outro, os excluídos dessas vantagens possuem por direito o acesso ao setor público, que sofre, no entanto, muitas precariedades no que se refere ao atendimento e aos recursos técnico-humanos.

rém, equivocada por propor uma equivalência entre coisas incomparáveis - a medicina privada e a medicina pública -, já que enquanto o setor privado responde por uma demanda pequena dos cidadãos mais afortunados no país (no máximo 10% da população), o serviço público, mais precisamente o SUS (Sistema Único de Saúde) termina acolhendo a maioria da população despossuída e sem condições de pagar planos de saúde ou outras seguradoras privadas.

Apesar do surgimento de uma proposta politicamente arrojada como o SUS, o caso brasileiro³ não escapa às tendências do contexto mais geral, dado pela força da ideologia utilitarista. Embora este sistema se constitua, teoricamente, num modelo que propõe a universalidade e a igualdade no atendimento, na prática, a qualidade dos serviços fica a desejar. Ressalta-se que não se trata apenas de uma questão econômica, mas também, e, sobretudo, paradigmática; isto é, a concepção dominante de saúde nessas instituições é inadequada para responder aos novos desafios e a um atendimento de qualidade que dê conta das exigências de uma cidadania democrática e que seja capaz de opor uma reação anti-utilitarista adequada.

No jogo de interesse do mercado médico-hospitalar, o distanciamento médico-paciente é calcado pela própria formação acadêmica médica que é intensamente orientada para uma especialização médica crescente que não esconde o interesse de produtividade econômica subjacente. Lembra Almeida que:

A flutuação no volume de recursos destinados ao setor saúde tem sido a norma nas últimas décadas, sendo que o sub-financiamento do setor público e a conseqüente perda da qualidade dos serviços são um fenômeno que se agravou de forma importante mais recentemente (1998, p. 11).

Por sua vez, a extrema especialização médica faz com que o recorte disciplinar se torne mais relevante que aqueles aspectos relacionados com a história da pessoa doente ou com a influência que o ambiente social gera sobre o surgimento das endemias, como lembra Assad:

Hoje a superespecialização segmentou o paciente, que é visto pelo médico especialista em narina esquerda, pálpebra direita e onde o P do eletrocardiograma, embotando-se assim a visão holística do paciente (2003, p. 2).

Enfim, apesar dos avanços da saúde pública no Brasil a partir da expansão do SUS, deve-se reconhecer haver muito ainda a fazer. A existência de

³ No Brasil, o modelo de saúde atual é misto (público/privado), revelando uma tipologia complexa de usuários, sugerindo Rolim e Melo três tipos particulares: em primeiro lugar, os usuários do SUS, que são a maioria da população pobre; em segundo, os adquirentes de planos e seguros de saúde administrados por diferentes empresas: de seguros, de medicina de grupo, de autogestão, além de cooperativas médicas e companhias seguradoras que disputam a preferência das camadas médias e altas da população; em terceiro, o reduzido grupo de clientes particulares, que compõe o topo da pirâmide (Rolim e Melo, 1999, p. 7).

uma grande maioria de pacientes para poucos médicos acarreta, por exemplo, sobrecarga horária e emocional sendo evidente os sinais de estresse entre profissionais e clientes. O resultado disso é o atendimento médico relâmpago, baseado na equação tempo x dinheiro que suprime o diálogo de qualidade entre médico e paciente que são transformados, segundo a lei do mercado, respectivamente em produtores e consumidores de serviços médicos.

Muitas são as conseqüências do utilitarismo médico para a classe pobre, tais como

... os aumentos incessantes dos preços de medicamentos, consultas e seguros de saúde, os erros médicos freqüentes, as técnicas sofisticadas e não suficientemente testadas e o financiamento com recursos públicos de hospitais privados luxuosos, cujos serviços são interditados ou proibidos para o grande público que não pode pagar o seguro privado. Esses fatos que exigem ampla discussão pública e debate intelectual para que seja assegurado um mínimo de transparência (Martins, 2003, p. 02).

Este aprofundamento é o que estamos buscando no presente texto, sendo de grande valia os depoimentos a seguir.

3. A desumanização da medicina segundo os usuários

As práticas médicas desumanizantes no atendimento hospitalar, longe de constituírem uma abstração, foram sentidas nos depoimentos dos entrevistados como um fato concreto e corriqueiro, sobretudo quando se indagou se havia para eles diferença no atendimento de um hospital público para um privado. A insatisfação com o médico revelou-se, sobretudo, pelo modo descuidado de se lidar com os pacientes. Nas entrevistas é possível perceber que a indiferença do médico durante o atendimento não se explica apenas pelos baixos salários, havendo certamente outros elementos relevantes do ponto de vista que levam muitos dos novos profissionais a não reconhecerem os "outros". No depoimento abaixo, percebe-se uma certa indiferença que se expressa, por exemplo, pelo fato do médico não interagir diretamente e fisicamente com o doente:

E tem médico que nem olha pra você, não tem humanização nem de tocar o paciente; chega, nem olha para o seu rosto, nem aperta a sua mão, nem pergunta se está tudo bem, chega assim, escreve e pronto. Passa o exame e pronto. Uma coisa rápida assim, que parece que está atendendo a um cachorro (Entrevistado "L.S." HC).

Esta indiferença também aparece pelos descuidos na hora de prescrever os medicamentos:

A minha irmã disse: 'o médico não olha nem para a minha cara e começa já a escrever'. E ele escreveu uma medicação para ela; quando ela pegou, ela disse: 'doutor, esse medicamento eu já tomei e foi mesmo que água. Aí ele disse: 'e você, porque não me avisou para eu não escrever tanto? (Entrevistada "I.M." HC).

Mas na hora de identificar racionalmente as causas que explicam tais desencontros, os entrevistados demonstraram certa dificuldade de objetivação e terminam apontando, o que nos parece equivocado, a má qualidade do atendimento público como a causa responsável. Isto é, o paciente tende a associar a má qualidade do atendimento hospitalar à questão do dinheiro, como se a medicina privada garantisse automaticamente melhor qualidade que a pública. Semelhante desvalorização da medicina pública revela a confusão existente no nível das interpretações correntes da crise do campo médico. Conclusão: a medicina pública viabilizada pelo SUS, que vem constituindo o principal antídoto para impedir que a lógica utilitarista imponha modelos privatistas e excludentes em larga escala, é vista como o algoz, e a medicina privada, como o exemplo a ser adotado.

Esta forma ilusória de se analisar os fatos médicos recentes revela justamente a força do utilitarismo no imaginário dos pacientes, levando-os a relacionar automaticamente dinheiro x qualidade, não entendendo que a questão de fundo é a degradação da relação humana, a desvalorização do vínculo social espontâneo e solidário (que apenas podem ser assegurados no contexto de uma medicina que preserve o valor do social). Os depoimentos a seguir confirmam esta leitura da realidade hospitalar em que o depoente associa o interesse do médico pelo paciente à contrapartida de um bom pagamento:

Em um hospital particular você está pagando e eles vão dar o melhor deles para segurar a clientela deles, os pacientes, entende? (Entrevistado "A.N." HC).

Noutro caso, o paciente atribui a rapidez e a qualidade do atendimento também ao pagamento:

No particular, nós somos atendidos com mais rapidez e, é claro, todo mundo sabe disso, porque o dinheiro fala mais alto. Agora não vou dizer também que no hospital público não possa haver atendimento bom. Pode até ter, agora o que a gente vai fazer se não existe dinheiro? Vamos para um hospital público (Entrevistado "L.G." HR).

Estas interpretações voltadas para subordinar a qualidade do atendimento ao caráter privado e econômico devem-se em grande parte, cremos, ao fato de os pacientes não terem consciência de seus direitos com relação a uma medicina pública de qualidade, a qual não pode se reduzir aos interesses econômicos. Assim, para alguns, o fato de não pagar o profissional é causa de má qualidade dos cuidados médicos:

Em um atendimento particular você está pagando, né, e por isso tem o direito de exigir um bom atendimento. Aqui no público, não, você tem que esperar a boa vontade dos outros. (Entrevistado "L.M." HR).

O fato é que independentemente da leitura que os pacientes fazem da qualidade do atendimento médico, é inquestionável o impacto negativo do utilitarismo sobre a interação médico-paciente nos hospitais públicos. Esta

degradação do processo interativo produz inevitavelmente medo e insegurança que são agravados pelas tentativas inúteis de se reduzir o tempo de contato físico ou, então, pela introdução de técnicas voltadas para se criar um cordão de isolamento. A adoção de fichas de consultas, de novas tecnologias para diagnósticos, de aparelhos telefônicos ou mesmo de incorporação de novos intermediários como enfermeiros e atendentes, constituem táticas destinadas a preencher esta função de isolamento. Há duas finalidades a atingir com essas iniciativas: permitir ampliar positivamente a relação ganho econômico por tempo de consulta e de poupar o profissional de ter que enfrentar um convívio quase sempre desconfortável com o paciente.

Ou seja, a permanência de fatores desumanizantes no atendimento hospitalar gera necessariamente emoções negativas, como o medo; são causas de outras doenças de base psicossomáticas que tendem a se expandirem na medida em que o problema não é discutido na sua real dimensão sociológica. A presença destas emoções negativas pode ser apreendida no depoimento seguinte:

Hoje a gente tem medo. Hoje a gente tem medo de chegar e ser atendido. Várias vezes a gente está precisando vir na emergência e tem medo de chegar aqui, como a gente vê que já aconteceram casos com muita gente de tomar medicamento errado e falecer. Ai hoje em dia a gente tem até medo de correr para um hospital, para uma emergência, porque eles ligam a gente eu acho que como um animal qualquer, dão qualquer coisa e pronto (Entrevistado "M.D." HR).

Um dos produtos do utilitarismo é reduzir o tratamento médico a um jogo de especialistas que agem indiferentes à complexidade do homem total que somos cada um de nós.. O mais grave é que, na busca de uma especialização cada vez maior, a medicina alopática hegemônica perde sua aura de cientificidade para aparecer como mero negócio. O cidadão paciente passa então a ser um complexo "quebra cabeça" composto por partes saudáveis e patológicas, cuja complexidade e valor moral são desconsiderados. A crença cega na tecnologia médica aumenta a valorização do ganho material, substituindo o diálogo que seria a chave mestra de relação médico-paciente saudável.

Este processo de desumanização produz necessariamente o enfraquecimento do vínculo entre médico e paciente, ampliando a desconfiança e a incerteza e interferindo sobre os resultados da cura. O aumento de números de erros médicos⁴ atualmente revela este quadro desestruturador, que contraria o Código de Ética Médica, o qual no seu artigo 29 determina: "É vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência e negligência". Não é isso o que vem acontecendo.

Os fatos falam por si. Durante as entrevistas, por exemplo, algumas pessoas aceitaram falar sobre o assunto, lembrando casos de erros médicos acon-

⁴ Entende-se por erro médico, "Qualquer conduta profissional inadequada que supõe inobservância técnica capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde do outro, por imperícia, imprudência e negligência" (Glezer, 2003, p. 43).

tecidos na família. Entre os fatores apontados com causas dos erros relacionam-se: escassez de recursos técnicos e humanos nos hospitais públicos; demanda elevada de pacientes a serem atendidos; infra-estrutura inadequada a um atendimento de qualidade. Seja como for, há, devido às razões antes colocadas, todas elas ligadas à hegemonia da moral utilitária no campo médico, a ocorrência de erros cujas causas não podem ser atribuídas apenas à ineficiência profissional ou exagero de pacientes frustrados. Um dos pacientes entrevistados falou do esquecimento de um objeto cirúrgico dentro da perna da paciente durante a cirurgia:

Minha irmã fez uma cirurgia na perna e o médico esqueceu dentro da perna dela uma tesoura. E quando foi com um tempo, a perna dela inchou, doeu, infeccionou, aí foi que descobriu que era porque tinha uma tesoura lá dentro. Teve que abrir de novo para tirar". (Entrevistado "F.R". HC).

Um outro lembrou da omissão da informação médica acerca do tipo de cirurgia feita no paciente:

Minha tia fez uma esterectomia e não foi informada de que seria total, pois o médico garantiu que só precisava tirar o ovário. Só que ele fez esterectomia total e depois nem veio dizer a ela que tinha feito. Ela veio descobrir que não tinha mais útero, não tinha nada depois de ir a outro médico fazer uma consulta de rotina e ele disse: 'Mas o médico tirou tudo e não disse à senhora?' Eu acho que era obrigação dele avisar pra ela. (Entrevistado "J. A". HR).

Um terceiro referiu-se ao surgimento de uma infecção devido à demora em suturar um corte na cabeça da paciente:

A minha cunhada levou uma queda e fez um corte muito profundo na cabeça, aí foi pro HR. Chegou lá de noite e só foi ser atendida no outro dia pela manhã, é que foram fazer a sutura na cabeça dela. Depois de uns quatro dias, o rosto dela cresceu, ficou totalmente inchado, muito feio. Aí a gente levou ela de novo pra emergência, aí eu disse ao médico: 'Olhe, doutor, o corte dela está infeccionado. O médico tirou os pontos, aí foi uma coisa horrorosa de quantidade de pus que saiu da cirurgia dela. Aí eu disse: 'Eu sei porque ficou assim. Porque ela chegou tal hora e vieram fazer a sutura muito tempo depois, e ela ficou esperando na maca, no meio de todo mundo com o corte aberto, aí pegou infecção'. aí ele disse: Realmente! (Entrevistado "N.B". HR).

Enfim, um outro entrevistado reportou-se à infecção adquirida no corte de uma cirurgia cesariana, ocasionando uma hérnia no umbigo da paciente:

Minha filha teve o primeiro neném, aí não demorou quinze dias, ela já estava andando normal. Quando foi no segundo, ela teve infecção hospitalar no corte, porque não foi bem cuidado. Depois descobriram que na primeira também, foi mal cortado o umbigo dela, aí criou uma hérnia no umbigo e que a primeira cirurgia não tinha sido bem feita. Aí é que está o problema de se confiar (Entrevistado "E.S". HC).

Esses são apenas alguns casos escolhidos. Mas, longe de serem dados frios, esses relatos nos fazem acordar para a realidade dos atendimentos médicos que, por displicência ou falta de estrutura hospitalar, ocasionam erros graves que não são, em sua maioria, devidamente elucidados.

4. Bases de um pensamento anti-utilitarista e humanista na saúde

4.1 A dádiva e o valor da solidariedade

Buscaremos a seguir explicar as razões pelas quais a Teoria da Dádiva pode ter relevância especial tanto para avançarmos na crítica à ideologia utilitarista dominante no atendimento hospitalar, como para demonstrar que a solidariedade interpessoal não é um valor supérfluo, mas uma categoria estruturante de uma medicina mais humana e plural⁵.

Muitos sociólogos e antropólogos, nas últimas décadas, tentaram demonstrar que a saúde, a doença e a morte seriam fenômenos não redutíveis a um fator puramente orgânico e natural, estando inter-relacionados com as diferenças culturais próprias a cada sociedade. Aqui emerge com notável importância os estudos de Marcel Mauss (1950), quando ele explica a relação orgânica entre diversidade cultural e a relevância simbólica de temas como morte, reza e magia. Ou seja, para ele a medicina não é um fato neutro, dependendo diretamente da representação que cada cultura faz de si e da relação que estabelece simbolicamente entre vida e morte. Por isso, Alain Caillé, inspirando-se em Mauss, afirma que

...todo sistema terapêutico pode ser compreendido como uma forma de articulação entre uma intervenção biológica (física, química etc.) e uma intervenção sociológica (psíquica, simbólica) (2003, p. 17).

Mauss entendeu prematuramente a riqueza teórica dos processos interativos, revelando, por conseguinte, as bases de um paradigma complexo, o paradigma do dom (Caillé, 2003), que se funda não sobre o interesse individual, mas sobre a circulação dos objetos (materiais e simbólicos) no interior da comunidade, reforçando/enfraquecendo as perspectivas do vínculo social. Tal perspectiva de análise tem implicações teóricas muito relevantes para se pensar as possibilidades de reforço de ações mais solidárias no campo médico.

No “Ensaio sobre o dom” (1923-1924), Mauss revela existir nas sociedades arcaicas uma íntima ligação entre o simbolismo e a obrigação moral do ato de dar, receber e retribuir e que todos os fenômenos sociais estão em permanente articulação, perfazendo um sistema total de prestações e contra-pres-

⁵ Para Minayo: “A cura se baseia em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados nos seus grupos de referência. (...) A partir das mesmas idéias vai se desenvolvendo, também, uma linha holística na concepção saúde/doença, na qual a saúde tem que ser pensada como bem-estar integral: físico, mental social e espiritual” (Minayo, 1999, p. 61).

tações. Nessa perspectiva, Mauss não via o fato patológico isolado do social, do psíquico e do simbólico. Saúde, doença, cura, morte, alma e corpo fazem parte, para ele, de um "sistema total"⁶.

A dádiva constitui um recurso teórico interessante para nossa reflexão ao enfatizar o valor da circulação de bens de cura entre as partes envolvidas.

Na Dádiva Médica, é evidente a presença de bens simbólicos e materiais circulando entre curador e paciente. Se pensarmos na aplicação desse modelo na prática médica, vemos que no primeiro momento o curador aparece dando 'bens de cura' (atenção, segurança emocional, informações, cuidados, técnicas); no segundo momento, o paciente recebe esses 'bens'; no terceiro momento ele retribui ao curador a ação, entregando a este último os seus 'males' (as doenças) para serem transformados pelo ritual de cura (Martins, 2003, p. 69).

Nessa perspectiva do sistema da dádiva, as práticas médicas fundam-se, primeiramente, a partir do vínculo interpessoal entre o paciente e seu curador, antes mesmo de o tratamento seguir uma prescrição qualquer (Martins, 2003). É curioso notar que a noção maussiana do "fato social total" confirma a inovação conceitual de uma proposta como a do SUS no Brasil. Basta atentarmos para o caráter teórico e complexo dos princípios da integralidade, da universalidade, e da descentralização de ações para concluirmos que tais princípios apenas adquirem materialidade a partir do reconhecimento prévio da idéia do social como fato total. Daí o interesse teórico e prático dessa teoria. O princípio da integralidade ao valorizar os fatores não só biológicos, mas também sociais e psicológicos do paciente, contribui para ampliar a compreensão da enfermidade como fenômeno interdisciplinar. O princípio da universalidade ao valorizar igualmente todos os seres humanos independentemente de suas diferenças sociais, étnicas e de gênero, aproxima a política de saúde da idéia de cidadania democrática. O princípio da descentralização, por sua vez, permite articular territorialmente e localmente a saúde com outros campos relevantes para a cidadania como a educação, o meio ambiente e o saneamento, contribuindo para uma renovação relevante da lógica das políticas sociais.

Enfim, a importância da teoria da dádiva neste estudo se revela pelo fato de que ao valorizar mais a qualidade da relação de cura em si que os ganhos materiais a serem obtidos com a saúde, ela aparece como um importante dispositivo crítico anti-utilitarista. Ao valorizar os significados simbólicos do vínculo social que se expressam no estímulo à solidariedade, a dádiva apresenta-se como recurso teórico poderoso para se refletir acerca da qualidade da relação médico-paciente e para favorecer uma medicina mais solidária

⁶ Mauss sustenta a noção de fato social total, porque a "dádiva diz respeito ao conjunto das dimensões de ação que exerce profunda repercussão em toda sociedade" (Caillé, 2003, p. 192). A noção de fato social total representou um rompimento com as dicotomias durkheimianas - indivíduo e sociedade; físico e psíquico; sagrado e profano; normal e patológico - demonstrando haver entre eles uma dinâmica de complementaridade. O todo está na parte e a parte está no todo. A ação social aqui é compreendida a partir da tríade: a) doações; b) recebimentos; c) devoluções de bens simbólicos e materiais.

nos hospitais públicos. O médico precisa estar preparado, enfim, para amparar o paciente e sua família na dor e no sofrimento, na esperança e na perda, apesar das dificuldades inimagináveis, técnicas, econômicas e logísticas da vida hospitalar.

Na pesquisa percebemos que as pessoas à espera de atendimento e os acompanhantes demonstram com frequência solidariedades espontâneas com aqueles sujeitos a sofrimentos mais intensos. O desamparo coletivo do cotidiano das enfermarias e emergências contribui para criar vínculos e alianças entre pacientes e familiares e instituir redes espontâneas.

Esse é um dado valioso porque demonstra que as pessoas, apesar das condições difíceis, podem sempre se mostrar solidárias umas com as outras. Agem motivadas por gestos de empatia sem que haja motivos materiais ou utilitárias que expliquem tal solidariedade. Talvez porque no momento da insegurança todos somos iguais, o que favorece as aproximações espontâneas. Isso pode ser percebido através dos depoimentos seguintes:

É preciso não discriminar, não vitimizar e nem hostilizar o paciente, mas dar apoio psicológico a ele. Precisamos consolar uns aos outros. Dar carinho e atenção e animá-lo para que não perca a esperança (Entrevistado "M.C." HR).

Um conforta o outro. As pessoas se ajudam, nem se conhecem e chegam assim, com amizade. Somos todos unidos. Todo mundo vira uma família porque todo mundo está no mesmo barco (Entrevistado "J.M." HC).

4.2 A promoção à saúde e o valor da interinstitucionalidade

Partimos do princípio de que um dos objetivos principais das Ciências Sociais, e da sociologia em particular, é estudar a experiência no mundo em todas as suas formas e dimensões (Douglas & Johnson, 1997 apud Rabelo, 1999). Deste modo, acreditamos ser importante a sociologia da saúde subsidiar a construção de modelos mais democráticos de atendimento médico que amenizem os problemas cotidianos daqueles que recorrem aos serviços hospitalares de emergência ou ambulatoriais.

Neste sentido, entendendo que a saúde não pode se limitar ao fator biologizante, o presente texto pretende resgatar a perspectiva de relacionar a saúde a múltiplos elementos que condicionam as condições de vida como aqueles: ambientais, psicológicos, culturais e sociais.

No entanto, a realidade demonstra que o atendimento médico vem evoluindo numa direção imprecisa e insuficiente em relação aos ideais éticos e humanos tidos tradicionalmente como inspiradores da medicina. Se tomamos o SUS (Sistema Único de Saúde), por exemplo, verificamos haver uma defasagem entre os princípios de Universalidade, Descentralização e Integralidade da assistência a todo cidadão brasileiro, (visando ainda às ações de promoção, proteção e recuperação como meio de controlar e eliminar doenças e de garantir assistência médica) e a realidade dos hospitais públicos, (sujeitos a crônicas dificuldades financeiras e de pessoal).

Para avançarmos na nossa discussão teórica, iremos integrar, então, o

conceito de “promoção à Saúde”, desenvolvido pelos estudiosos da saúde coletiva, que visa definir a idéia de saúde de modo afirmativo, ou seja, saúde não como negação da doença (leitura tradicional da biomedicina), mas saúde como adaptação favorável do ser humano no seu contexto eco-social e psíquico. Mas este conceito de promoção apenas se afirma quando os teóricos conseguiram quebrar o tradicional vínculo epistemológico entre saúde e doença para afirmar a saúde a partir do contexto sociológico mais amplo. Guierrez explica dialeticamente a diferença entre Prevenção e Promoção:

Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final, e, portanto, a ausência de doença seria suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doença não é suficiente já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais favoráveis (Gutierrez, 1997, p. 1).

A partir de uma concepção mais ampla como esta da prevenção, é possível se avançar numa discussão mais articulada acerca das reais condições e eventuais avanços do atendimento às populações desassistidas no campo da saúde. A idéia de promoção da saúde revela a presença de um conjunto de condicionamentos - social, político, ambiental, econômico e cultural - que não podem ser deixados de lado na construção da política de saúde e que extrapolam a definição institucional de saúde no sistema hospitalar, a qual é tradicionalmente definida a partir de uma visão restrita e defensiva de saúde, que é ligada à noção de doença na biomedicina (Martins, 2003).

O conceito de promoção da saúde é muito oportuno por desfazer esta polaridade causada entre o público e o privado e colocar na outra polaridade aquela entre a medicina assistencial-hospitalar, de uma parte, e a medicina preventiva e de atenção básica, de outra. Diferentemente do atendimento assistencial-hospitalar, que não engloba o conjunto de ações na saúde, a medicina de promoção se abre para uma visão ecológica, valorizando a igualdade social. Existe todo um conjunto de ações de saúde, como, por exemplo, aqueles programas territorializados como o PSF (Programa de saúde da Família), que revelam uma compreensão de saúde que extrapola a dimensão imaginária tradicional de caráter hospitalar da doença, para aparecer como concepção mais complexa de saúde e da cidadania.

Conclusão

A partir dos resultados observados nas respostas dos entrevistados, percebe-se haver uma forte tendência do público analisado a ideologizar o privado na saúde, como se este possuísse uma qualidade de atendimento e de recursos técnicos muito superiores ao setor público. O interessante é que essas representações foram expressas por pessoas humildes que não conhecem nem se beneficiam dos serviços privados de saúde, o que revela um caráter ilusório que apenas se reproduz devido à hegemonia de uma ideologia utilitarista e materialista que engrandece o individualismo e desvaloriza o coletivo.

Tratando-se de camadas em geral pobres que não têm acesso aos serviços médicos privados, esta ideologia termina sendo fonte de sofrimento suplementar. A força de uma ideologia valorizadora do interesse do ganho individual, o utilitarismo, leva as pessoas a acreditarem que a saúde de qualidade está ligada à posse de dinheiro e a concluírem equivocadamente que o hospital privado é bom e que o hospital público é ruim.

Embora a medicina assistencial hospitalar tenha adquirido consideráveis avanços com a criação do SUS, deve-se reconhecer, porém, que uma crítica anti-utilitarista mais conseqüente no plano ideológico ainda precisa ser travada para valorizar a justiça social e a igualdade coletiva.

Apesar de a saúde pública ser um direito garantido no texto constitucional, muito tem que ser feito para se mudar as mentalidades e as práticas. Ao tratar do SUS, por exemplo, Vilaça Mendes (1996) entende que apesar de ser uma idéia coerente, ela não se manifestou ainda como "prática social total", conhecendo limitações ligadas ao desempenho ainda insuficiente do Estado e do governo federal na gestão saúde. A dificuldade do SUS, para ele, seria reflexo da crise fiscal brasileira. Nesta perspectiva, só uma ampla reforma institucional poderia acelerar as possibilidades de passagem de uma medicina assistencialista para uma medicina social fundada na perspectiva da promoção da saúde e que estimule uma medicina solidária.

Mas não são apenas as razões institucionais a serem lembradas para explicar as dificuldades do SUS. No nosso entender, a força do utilitarismo na gestão da saúde pública aparece como o fator restritivo que é mesmo mais importante que as questões fiscais. Por isso, aparece como prioritária a mudança de qualidade no que concerne à relação médico-paciente, o que deve começar pelo resgate da confiança mútua. Segundo o médico José Luiz Gomes do Amaral, resgatar a confiança é fundamental.

A confiança e relação direta fazem a mágica, sem a qual não se concebe a medicina verdadeira. Examinar e prescrever sem limitações impostas pelo 'negócio' são os ingredientes essenciais da fórmula, que possibilita transferir a ciência médica das estantes das bibliotecas para os doentes (Amaral, 2003, p. 52).

Concluindo, podemos dizer que a relação médico-paciente apenas pode resgatar sua dimensão humanística caso seja submetida a uma crítica teórica de fundo que desemboque numa reorganização política e institucional efetiva e inspirada no ideal da solidariedade humana (ideal que apenas é reconhecido, porém, quando se reconhece o ser humano como fundamento primeiro e último de toda invenção social). Nesta perspectiva, relacionar a teoria da dádiva com a teoria da promoção à saúde, como fizemos neste texto, constitui uma tentativa de repensar o marco teórico e crítico a partir de uma síntese conceitual de duas importantes teorias que têm como ponto em comum resgatar o valor da totalidade e o valor da complexidade da relação social.

Ao assim proceder, a partir da valorização da vida como ação social, sem desconsideração, claro, das implicações existenciais do tema, entendemos ter contribuído para estabelecer uma outra ponte entre a sociologia da saúde

e a saúde coletiva. A visão abrangente e complexa da saúde humana oferecida pela promoção à saúde aliada à dádiva constitui perspectiva de reflexão inovadora sobre a desumanização/rehumanização do campo médico, em particular, e da saúde, em geral. Permite, enfim, se entender que o interesse não é tudo na vida e que, tido como único valor de referência na organização das práticas médicas - sem consideração de uma outra moral social de caráter coletivo e fundada na constituição de normas consensuais e também de solidariedades espontâneas -, este interesse na sua versão econômica e utilitarista termina se tornando o fundamento cruel do isolamento social e de um mal-estar institucional que não beneficia nenhuma das partes: nem os médicos, nem os pacientes.

Referências bibliográficas

- ALVES, R. (2002). *O médico*. Campinas, SP: Papirus.
- ALMEIDA, G. (1998). "O mercado privado de serviços de saúde no Brasil". In: *Panorama atual e tendências de assistência médica suplementar*. IPEA/PNDE. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- ASSAD, J. E. (2003). "Relação médico-paciente no final do Século XX". In: www.cfm.org.br.
- BOLTANSKI, L. (1984). *As classes sociais e o corpo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BARDIN, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BOSI, M. L. e AFFONSO, K. C. (1998). "Cidadania, participação popular e saúde" In: *Com a palavra, os usuários da rede pública de serviços*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- BOTT, E. *Família e rede Social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- CAILLÉ, A. (1998). "Nem holismo, nem individualismo metodológicos". In: *Marcel Mauss e o paradigma da dádiva*. In: *RBCS - Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, ANPOCS.
- CAILLE, A. (2003). Apresentação. In: *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- CAPONI, S. (2000). *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- CAPRARA, A. e FRANCO A. L. (1999). "A relação paciente-médico: para uma humanização da Prática Médica". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- COSTA, J. F. (1999). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FOUCAULT, M. (1979). *A microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Edições Graal.
- GODBOUT, J. (1998). "Introdução à Dádiva". In: *RBCS - Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, ANPOCS.
- GODBOUT, J. (2000). *Le Don, La Dette et L'identité*. Paris: La Découverte/Mauss.
- GODBOUT, J. (2002). "Homo donator versus Homo Oeconomicus". In: MARTINS, Paulo Henrique (Org.). *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- GOLDENBERG, M. (2000). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.
- MARTINS, P. H. (2003). *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- MAUSS, M. (1950). *Ensaio sobre a dádiva*. Trad. Antônio Filipe Marques. Lisboa: Ed. 70.
- MELLUCI, A. (2001). *A invenção do presente: movimentos sociais nas Sociedades Complexas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- MENDES, E. V. (1996). *Uma agenda para saúde*. Edit. Humanismo, Ciência e Tecnologia, São Paulo, Brasil.

- PIGNARRE, P. (1999). *O que é medicamento?: um objeto estranho entre a ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34.
- SCHERER-WARREN, L. (1979). *Redes e movimentos sociais*. São Paulo: Ed. Loyola.
- SLUZKI, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do (...)

RESUMO

A mercantilização da relação médico-paciente: crítica teórica do utilitarismo a partir do estudo sobre atendimento a famílias de baixa renda em hospitais públicos

Este artigo busca analisar as causas da degradação da relação médico-paciente nas emergências e ambulatórios de hospitais públicos, ao mesmo tempo em que propõe algumas saídas teóricas para se pensar a rehumanização do atendimento hospitalar. Busca-se demonstrar que esta degradação do atendimento médico está diretamente associada à penetração da ideologia utilitarista no campo da medicina e que a saída para o problema encontra-se na perspectiva de adoção de um novo paradigma médico capaz de associar as inovações oferecidas por duas teorias, a da dádiva – que tem importante divulgação atualmente por parte dos estudiosos da sociologia, da antropologia e da economia - e a teoria da promoção à saúde – que constitui um recurso importante da saúde coletiva. Essa pesquisa faz parte de um projeto maior do NUCEM (Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança), intitulado “Sociedade, Cidadania e Ambivalência no Campo Médico no Brasil”, baseando-se em informações acerca do atendimento médico junto a usuários e pacientes de hospitais públicos.

Palavras-chave: teoria da dádiva; anti-utilitarismo; saúde pública

ABSTRACT

The comercialization of the doctor-patient relationship: a theoretical criticism of utilitarianism based on a study of attendance of low-income families in public hospitals.

This article aims to analyse the causes of degradation in the doctor-patient relationship in the emergency and outpatient wards of public hospitals along with proposing some theoretical ways of conceptualizing the re-humanization hospital-attending. Our aim is to demonstrate that this degradation is closely related to the influence of utilitarian ideology in the medical field and that the way out of the problem is by adopting a new medical paradigm capable of linking the innovations suggested by two theories; “the gift” – which nowadays has exercised an important influence among sociological, anthropological and economic researchers – and “health promotion theory” – which is an important collective health resource. This research is part of a broader project named NUCEM (Citizenship, Exclusion and Processes of Change), called “Society, Citizenship and Ambivalence in the Medical Field in Brazil”, based on information on medical attendance by the users and patients of public hospitals.

Keywords: theory of the gift; anti-utilitarianism; public health

Recebido para apreciação: janeiro de 2004

Aprovado para publicação: abril de 2004