



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Tereza Cavalcanti de Miranda

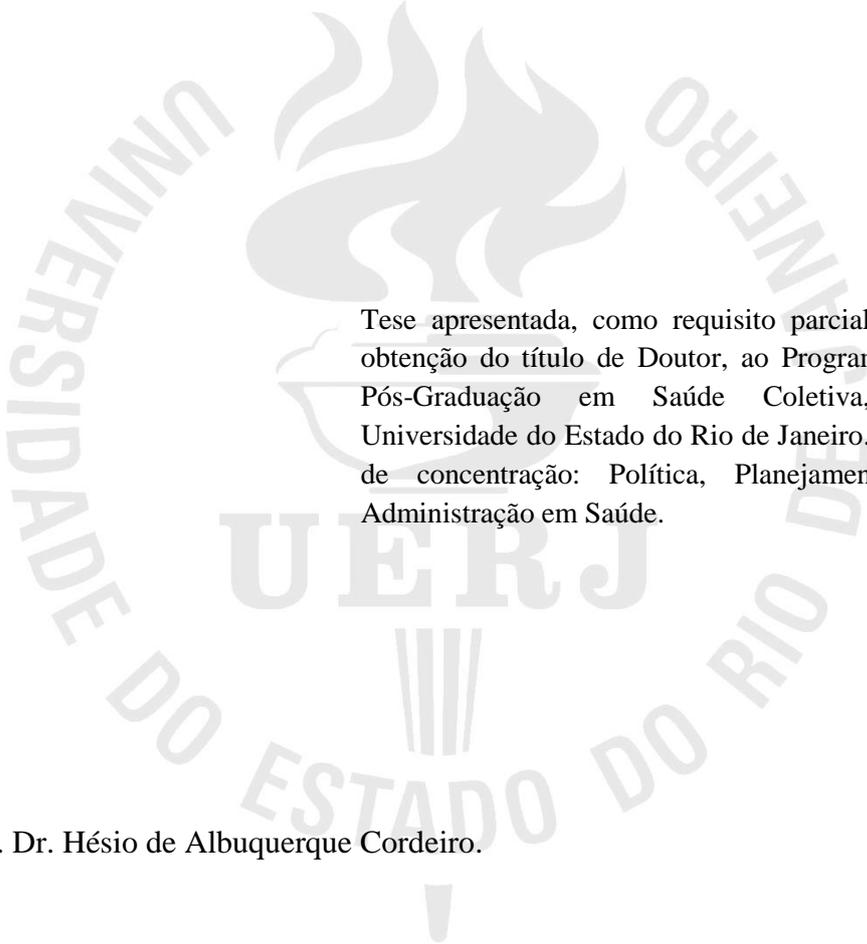
**Valores e atitudes de médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica:
o caso da terapêutica hormonal no climatério**

Rio de Janeiro

2005

Ana Tereza Cavalcanti de Miranda

**Valores e atitudes de médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica:
o caso da terapêutica hormonal no climatério**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro.

Rio de Janeiro

2005

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

M672 Miranda, Ana Tereza Cavalcanti de.
Valores e atitudes de médicos e pacientes sobre o processo de
decisão clínica: o caso da terapêutica hormonal no climatério / Ana
Tereza Cavalcanti de Miranda. – 2005.
133 f.

Orientador: Hesio de Albuquerque Cordeiro.
Tese (doutorado) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Climatério – Cuidado e tratamento – Teses. 2. Climatério –
Terapêutica – Teses. 3. Relação médico-paciente – Teses. 4.
Qualidade dos cuidados de saúde – Teses. I. Cordeiro, Hesio de
Albuquerque. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.173

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Ana Tereza Cavalcanti de Miranda

**Valores e atitudes de médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica:
o caso da terapêutica hormonal no climatério**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 29 de março de 2005.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro (orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Anna Maria de Souza Monteiro Campos
Centro Biomédico – UERJ

Prof. Dr. José Carvalho de Noronha
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – Fiocruz

Prof.^a Dra. Ligia Bahia
Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – UFRJ

Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva
Faculdade de Medicina – UFRJ

Rio de Janeiro

2005

DEDICATÓRIA

Para Otávio, Pedro e Laís, paixões da minha vida.

O homem parecia ter desapontadamente perdido o sentido de que queria anotar. E hesitava, mordida a ponta do lápis como um lavrador embaraçado por ter que transformar o crescimento do trigo em algarismos. De novo revirou o lápis, duvidava e de novo duvidava, com um respeito inesperado pela palavra escrita. Parecia-lhe que aquilo que lançasse no papel ficaria definitivo, ele não teve o desplante de rabiscar a primeira palavra. Tinha a impressão defensiva de que mal escrevesse a primeira, e seria tarde demais. Tão desleal era a potência da mais simples palavra sobre o mais vasto dos pensamentos. Na realidade o pensamento daquele homem era apenas vasto, o que não o tornava muito utilizável. No entanto parece que ele sentia uma curiosa repulsa em concretizá-lo, e até um pouco ofendido como se lhe fizessem proposta dúbia.

Clarisse Lispector, in A maçã no escuro.

RESUMO

MIRANDA, Ana Tereza Cavalcanti de. *Valores e atitudes de médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica: o caso da terapêutica hormonal no climatério*. 2005. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2005.

Situado no contexto da qualidade em saúde, este estudo versa sobre a decisão clínica e autonomia do paciente. Parte-se da premissa que, demais da competência técnica profissional e utilização de tecnologia adequada, o respeito aos direitos dos pacientes é atributo essencial à boa qualidade do atendimento médico. Tomando como exemplo a abordagem terapêutica do climatério, foi feita análise qualitativa do processo de decisão clínica, com base nas informações obtidas através de entrevistas semi-estruturadas com médico ginecologistas e com pacientes em fase de climatério. O propósito foi buscar apreender os valores dos médicos e dos pacientes e tentar compreender a lógica de seus comportamentos e atitudes, no que se refere especificamente aos papéis desempenhados por eles nesse processo. Com base nos resultados da análise, discute-se a complexidade da aplicação do princípio da autonomia na prática clínica e apresenta-se uma reflexão sobre a acreditação, como estratégia possível de contribuição a esse processo e à melhoria da qualidade do atendimento médico, por sua grande identificação como os aspectos relativos aos direitos dos pacientes, aos processos de educação permanente e à melhoria contínua da qualidade.

Palavras-chave: Climatério. Autonomia. Qualidade. Acreditação. Decisão compartilhada. Relação médico-paciente.

ABSTRACT

MIRANDA, Ana Tereza Cavalcanti de. *Values and attitudes of physicians and patients about decision-making: the case of post-menopause hormonal therapy*. 2005. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2005.

This research is set in the context of quality in health care. The object of the study was the patient's role in clinical decision-making, considering that assuring good quality of clinical care requires respect to patients' rights, as much as good technology. In order to study the decision process, we chose hormonal replacement therapy in the climacteric through qualitative analysis, based on non-structured interviews with gynecologists and post-menopausal women. The main purpose was the understanding of the values, attitudes and the reasoning employed by physicians and patients. The complexity of application of the bioethical principal of autonomy in daily clinical practice is discussed. The contribution of accreditation to these processes is examined, stressing the relevance of the functions related to patient's rights, continuous education and continuous quality improvement.

Keywords: Climacteric. Autonomy. Quality. Accreditation. Shared-decision. Doctor-patient relationship.

SUMÁRIO

	PREFÁCIO	8
	INTRODUÇÃO	13
1	METODOLOGIA	16
2	QUALIDADE DO CUIDADO E AUTONOMIA DO PACIENTE	28
3	TERAPÊUTICA HORMONAL NO CLIMATÉRIO	76
4	VALORES E ATITUDES DE MÉDICOS E PACIENTES SOBRE PROCESSO DE DECISÃO CLÍNICA: O CASO DA TERAPÊUTICA HORMONAL NO CLIMATÉRIO	85
5	CONCLUSÃO	118
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	126
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	138

Prefácio

Esta tese é sobre escolhas e sobre liberdade de decisão. Neste prefácio, e apenas neste momento, me permito a liberdade de dizer um pouco das razões pessoais de minha escolha por este trabalho.

A obtenção do grau de doutor faz parte de meus objetivos acadêmicos há muitos anos, na verdade desde que me graduei como mestre, em 1988, e logo em seguida, como livre-docente, em 1989.

No entanto, a diversidade de atividades que somos obrigados a desempenhar nos dias de hoje, para conseguir ter uma vida digna, me impediu algumas vezes de imprimir o ritmo desejado ao desenvolvimento da pesquisa científica. Ao mesmo tempo, a dedicação a essas atividades variadas me possibilitou uma convivência muito rica com meus alunos, residentes, colegas de diversas instituições e principalmente minhas pacientes, razão da minha paixão pela prática médica e também da minha curiosidade científica.

Em 1995, coordenava as atividades de ensino do Departamento de Obstetrícia do Instituto Fernandes Figueira e, na qualidade de livre-docente, tive a oportunidade de integrar o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança. Vislumbrei, naquele momento, a oportunidade ideal para iniciar o curso de doutorado.

Entretanto, em meio a esses preparativos, fui convidada para uma missão na sede da OPAS em Washington. Tratava-se de participar, em conjunto com pesquisadores de outros países, da elaboração de Diretrizes para Pesquisa Científica em Saúde Reprodutiva na Adolescência. Foi nessa oportunidade que pude vivenciar mais de perto a importância dos métodos de pesquisa qualitativa para a área de saúde.

Voltei animada para iniciar o curso de doutorado, já pensando em utilizar esses instrumentos para a realização do meu projeto. Foi quando recebi uma proposta para participar da direção do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), o que viria me desviar um pouco do planejado, mas me mostraria um novo caminho: a administração hospitalar.

Participar da direção de um grande hospital como o HUPE parecia um grande desafio. Como nunca acreditei que a vida fosse feita de coisas triviais, aceitei o convite e, através de um complexo processo eleitoral, tornei-me vice-diretora do hospital. Foram quatro anos de muita dedicação, mas durante todo esse tempo, nunca me afastei completamente de minhas pacientes. É incrível como a interação de experiências e saberes pode enriquecer processos de natureza aparentemente tão distinta.

Na função de vice-diretora do hospital, recebi algumas vezes pacientes que nos procuravam, insatisfeitos com a qualidade do atendimento recebido. Na maioria das vezes, constatava que a queixa na verdade não se relacionava aos aspectos técnicos da consulta, e sim à forma com que haviam sido tratados. Frequentemente ouvia a expressão “*se ele (o médico) tivesse me explicado, se tivesse conversado comigo...*” evidenciando claramente a importância do diálogo no atendimento médico.

Ao longo de 27 anos de exercício da prática médica, pública e privada, tenho convivido com uma grande diversidade de situações e com pacientes e profissionais de perfis os mais variados. Tenho participado de comissões pertinentes à especialidade, reuniões científicas e congressos nacionais e internacionais. Em todas essas atividades, sempre me fascinaram as discussões sobre os aspectos éticos da profissão e as sutilezas das relações da equipe de saúde e, em particular, do médico com o paciente.

Em 1998, por dever de ofício, conheci uma nova metodologia de avaliação voltada para a melhoria da qualidade em saúde: a Acreditação Hospitalar. Após três semanas de treinamento na sede da Joint Commission - Chicago, voltei entusiasmada com a possibilidade de sua aplicação nos hospitais brasileiros e comecei a me dedicar a esse propósito. Inicialmente, trabalhei na implantação do processo no HUPE, passando depois a integrar o projeto da Acreditação Hospitalar no Brasil, como representante da UERJ no Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistemas de Saúde - CBA.

Tenho acompanhado, desde então, avaliações de hospitais em diversos estados do Brasil, bem como discussões entre profissionais de saúde de hospitais envolvidos no processo de acreditação, no Brasil e em outros países.

Esta experiência me tem possibilitado perceber com muita nitidez o grande desafio que representa para os hospitais o cumprimento dos padrões relativos aos direitos dos pacientes, incluindo o acesso ao prontuário, o consentimento informado e diversos outros,

mas em especial aqueles referentes à participação do paciente nas decisões sobre o seu cuidado. Independentemente do perfil do hospital e de seus profissionais, é sempre intensa a polêmica quando se trata de questões relativas à autonomia de pacientes e profissionais.

Reflexões baseadas em minha experiência profissional e em resultados de estudos anteriores me levaram a trabalhar com algumas hipóteses ao longo da pesquisa, quais sejam: um grande desconhecimento dos direitos do paciente, tanto por parte de médicos quanto de pacientes; a dificuldade dos médicos em compartilhar o poder de decisão, bem como suas incertezas e fragilidades; o temor dos pacientes em assumir a responsabilidade de exercer um papel mais ativo no processo de decisão, sem o domínio da competência supostamente necessária; o distanciamento de papéis que sempre caracterizou a relação médico-paciente; e, no caso específico escolhido para análise, acrescente-se a tudo isso, o constrangimento da mulher, em compartilhar sua intimidade com uma pessoa estranha, muitas vezes não escolhida por ela.

Dos muitos plantões de Obstetrícia, ficou a recordação do sofrimento daquelas mulheres cuja possibilidade de escolha era quase nenhuma. Não escolhiam o tipo de parto, nem muito menos o hospital ou o médico para lhe atender. A elas não era dado nem o direito de ter alguém conhecido ao seu lado para lhe transmitir confiança e apoio. Desconfio que muitas delas não tinham feito sequer a opção pela gravidez. Quase sempre se mostravam satisfeitas simplesmente por ter conseguido acesso a uma vaga no hospital, após percorrer uma verdadeira *via crucis* madrugada afora. Alívio da dor era um direito inacessível e ainda o é, para a maioria dessas mulheres, de baixo poder aquisitivo.

No consultório, percebi ao longo do tempo, em minhas pacientes, de forma mais ou menos explícita, sua ânsia por mais explicações sobre sua condição e por mais informações sobre seu tratamento e aumentei a duração da consulta para dedicar mais tempo a esses aspectos.

Remexendo bem, talvez cada um de nós tenha uma história para contar, de como participou ou deixou de participar, por opção ou não, de decisões sobre o seu próprio cuidado. Eu mesma, de vez em quando, ainda me surpreendo com alguma dificuldade de questionar decisões médicas sobre meu próprio cuidado ou de meus familiares.

O que quis aqui demonstrar foi como minha identidade profissional com o tema também teve influência significativa na definição do objeto deste estudo.

Estou imensamente grata a todos os médicos e a todas as mulheres que aceitaram participar deste trabalho através de seus ricos depoimentos, por sua tão generosa acolhida e colaboração.

Escrever uma tese de doutorado pode ser uma atividade muito solitária e esta é uma armadilha de perigos, por vezes insuspeitados. Por isso mesmo, agradeço a todos os colegas que em momentos cruciais se interessaram pelo meu trabalho, me questionaram e contribuíram com críticas e sugestões ao conteúdo ou à forma do texto.

Em certos momentos, porém, o isolamento é essencial, numa empreitada deste tipo, e talvez dele eu tenha até abusado um pouco. Os meus amigos sabem que sou assim mesmo e a eles também sou grata, por sua paciência e compreensão. Agradeço também aos meus colegas de trabalho que possibilitaram esse isolamento assumindo tarefas de minha responsabilidade quando eu mais precisei.

À bibliotecária Regina Tinoco, agradeço a boa vontade e os competentes esclarecimentos, em todas as vezes em que precisei de ajuda.

À bibliotecária Andréia Portella, agradeço a cuidadosa revisão das referências bibliográficas e à Ana Silvia Gesteira, a minuciosa revisão do texto.

No que toca ao método, estou extremamente grata à professora Maria Cecília Minayo, em especial, pelas orientações sobre as técnicas de análise do material.

À professora Anna Campos, agradeço as contribuições a este trabalho, quando da qualificação do projeto, e também as ricas discussões sobre estruturas, estratégias e cultura organizacional, que me ajudaram a desenvolver uma visão menos ingênua e muito mais crítica sobre certas sutilezas e armadilhas da vida nas instituições.

Ao professor José Noronha, ledor do meu trabalho, agradeço as valiosas críticas e sugestões, e também o estímulo, quando o cansaço e a ansiedade já me ameaçavam bater à porta.

Ao professor Hesio Cordeiro, minha admiração e meu mais profundo agradecimento, pelos sábios ensinamentos, pela orientação competente e serena, pela disponibilidade, generosidade e compreensão, mesmo nos momentos em que eu parecia “desaparecer” de suas vistas para voltar com mais dúvidas do que tarefas cumpridas.

Devo finalmente um agradecimento especial aos meus filhos, Pedro e Laís, cujos espaços e computadores invadi, sem piedade, durante um bom período de tempo. Mesmo assim precisei de um laptop, quando tive que me isolar ainda mais, para imprimir ao trabalho o ritmo necessário, o que foi decisivo em certos momentos. Socorreu-me minha boa amiga Maria Manuela, a quem devo gratidão também pelo incentivo e apoio constantes.

Introdução

É no contexto da qualidade em saúde, ou mais especificamente, da qualidade do atendimento médico, que esta tese se insere. Parto do princípio de que o atendimento médico de boa qualidade não se restringe à competência técnica profissional ou à utilização de tecnologia adequada. Estes são requisitos básicos ao exercício da atividade, mas o conhecimento, a compreensão e o respeito aos direitos dos pacientes também são atributos essenciais à garantia de um atendimento de boa qualidade.

O objeto principal deste estudo se refere especificamente ao processo de decisão clínica e à consideração do direito do paciente de participar das decisões relativas ao seu próprio cuidado, ou seja, à autonomia do paciente.

Embora a autonomia seja hoje reconhecida oficialmente como um direito do paciente, tal como expresso nos documentos e nos debates sobre ética na Medicina, percebe-se um hiato entre a definição teórica deste e de outros direitos dos pacientes e sua incorporação à prática médica, principalmente no que se refere ao processo terapêutico. Considerar ou não, e em que medida, as necessidades, desejos e expectativas do paciente e respeitar sua autonomia nas decisões cotidianas da prática médica parece uma questão ainda bastante complexa, resultado da interação de diversas variáveis e dimensões. Os limites e complexidades desse processo serão abordados ao longo dos capítulos que se seguem.

Sem nenhuma pretensão de resolver ou de esclarecer de forma definitiva a questão, resolvemos estudar o processo de decisão clínica, tendo como referência os pontos de vista dos principais atores envolvidos: médicos e pacientes. O propósito foi buscar compreender a lógica de seus comportamentos e atitudes, no que se refere especificamente aos papéis desempenhados por eles nesse processo.

Com esse intuito, decidimos analisar a abordagem terapêutica do climatério, através das visões de médicos ginecologistas e de mulheres em fase de climatério. Para tanto,

foram entrevistados médicos ginecologistas de perfis profissionais variados e mulheres menopausadas, de perfis socioculturais também diversificados.

A opção específica pela abordagem terapêutica do climatério foi motivada por diversos fatores. Em primeiro lugar, por sua relevância clínica, epidemiológica e social. A perda da função ovariana pode acarretar uma série de sinais e sintomas perturbadores do bem-estar da mulher e está associada ao risco de complicações clínicas, de diversos graus de severidade. Trata-se, portanto, de situação que afeta a qualidade de vida de um grande número de pessoas.

Em segundo lugar, há evidências científicas de que essa situação pode ser significativamente modificada através de tratamento medicamentoso. Existe hoje um arsenal terapêutico considerável, que possibilita alternativas de escolha. Existem, além disso, diretrizes clínicas e recomendações de sociedades científicas nacionais e internacionais, para orientar a conduta médica frente a essas situações. São exemplos: as recomendações da Sociedade Internacional do Climatério e da Associação Brasileira do Climatério e também as diretrizes publicadas pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em parceria com o Conselho Federal de Medicina e com Sociedades Científicas de áreas relacionadas, como Ortopedia, Reumatologia e Cardiologia.

Por outro lado, nos últimos anos, a terapêutica hormonal no climatério foi abalada, de forma contundente, pela publicação de trabalhos científicos, cujos resultados vieram questionar significativamente o que até então parecia consenso entre os especialistas, tornando o cenário da abordagem terapêutica do climatério repleto de incertezas.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) publicou, em 2003, uma recomendação expressa no sentido de que o ginecologista, antes de prescrever qualquer esquema terapêutico de reposição hormonal pós-menopausa, analise, em conjunto com a paciente, riscos e benefícios para seu caso particular e que compartilhe com ela a decisão pelo uso ou não uso da terapêutica hormonal no climatério (TH).

Voltaremos a discutir esses aspectos no capítulo IV, referente ao trabalho de campo, onde apresentamos os resultados da análise dos dados obtidos através das entrevistas.

O presente estudo está estruturado em cinco capítulos, nos quais pretendi ampliar o debate sobre a incorporação da autonomia ao processo terapêutico, como um direito do paciente, e sobre as relações dessa mudança com os esforços de melhoria de qualidade em saúde.

No capítulo I, apresento os aspectos metodológicos referentes à exploração do campo, onde são discutidas as decisões tomadas em relação à definição dos sujeitos a serem pesquisados, aos instrumentos de apreensão dos dados empíricos e à análise do material.

O capítulo II se refere à construção do quadro teórico da pesquisa. Na primeira parte do capítulo, abordo a evolução do conceito de qualidade em saúde e a incorporação da perspectiva dos direitos do paciente a esse conceito e, na segunda parte, apresento a metodologia da acreditação como estratégia possível de contribuição a esse processo. Trata-se de um temário introdutório ao trabalho de campo, essencial ao entendimento da lógica que norteou a realização do estudo. Na terceira parte, apresento uma análise das percepções e valores de médicos e pacientes sobre a qualidade do atendimento médico, o que foi feito, na tentativa de melhor compreender os aspectos considerados ou valorizados em suas concepções e juízos acerca do que seja um atendimento de boa qualidade.

O capítulo III é um resumo do estado atual da terapêutica hormonal no climatério, aqui colocado, apenas para que se possa perceber o contexto específico em que se inserem as questões estudadas.

No capítulo IV, são discutidos os resultados da análise dos dados empíricos, ou seja, as perspectivas dos médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica.

No capítulo V, apresento a conclusão e, a seguir, minhas considerações finais, incluindo algumas questões a serem aprofundadas em pesquisas futuras.

Acredito que a melhor compreensão sobre os conceitos, expectativas, valores, motivações e sentimentos dos médicos e dos pacientes, em relação à qualidade do atendimento médico, assim como da lógica de suas atitudes e comportamentos no processo de decisão clínica, poderá contribuir para a definição de estratégias mais eficazes, destinadas à melhoria da qualidade desse atendimento e para a maior satisfação de ambos, médico e paciente.

Capítulo I - Metodologia

Neste capítulo procuro descrever como foi conduzida a pesquisa: a escolha do método, o caminho percorrido, a definição dos instrumentos utilizados para aproximação dos dados e a técnica empregada para tratamento do material.

1.1. Escolhendo o caminho

A primeira decisão a ser tomada foi quanto ao método de abordagem. Minha inserção na pesquisa sempre se deu através de estudos epidemiológicos e da utilização, portanto, de técnicas de lógica quantitativa, de bases estatísticas. Muito mais seguro e confortável teria sido caminhar por trilhas já conhecidas de outras incursões. Entretanto, desde as primeiras conversas, ainda na fase de exploração do tema e definição do objeto, ia ficando cada vez mais consistente a necessidade de utilização de instrumentos que possibilitassem uma aproximação, em maior profundidade, dos sujeitos a serem pesquisados e do material a ser analisado. Não se tratava, desta vez, de obter proporções ou de estabelecer comparações numéricas. Tampouco era nosso objetivo quantificar opiniões a respeito das questões levantadas. O interesse era buscar compreender, em sua complexidade, o significado e a intencionalidade dos comportamentos e atitudes dos atores diretamente envolvidos no processo de decisão clínica: médicos e pacientes.

Optamos pela abordagem qualitativa, sem nenhuma intenção de sugerir superioridade científica de uma ou de outra metodologia no campo da pesquisa em saúde. Acompanhamos o debate travado, de alguns anos para cá, sobre a pertinência das abordagens quantitativas e qualitativas no campo da pesquisa em saúde, principalmente a partir dos anos 90. Tradicionalmente associados a disciplinas de vertente mais social, como a Antropologia Social, Sociologia e Psicologia Social, os modelos qualitativos vêm sendo cada vez mais utilizados na área de saúde, principalmente Saúde Pública, incluindo programas relativos a cuidados primários de saúde, como: nutrição, planejamento familiar, saúde reprodutiva, AIDS, medicina clínica e abuso de drogas (HUDELSON, 1994).

Deslandes e Assis (2002) apresentam uma rica discussão sobre as abordagens quantitativa e qualitativa em saúde e chamam a atenção para as diferenças entre as bases de cientificidade de cada uma e para as também distintas definições de critérios de aferição da qualidade de cada uma dessas formas de abordagem. Para as autoras, a idéia razoavelmente difundida, de que somente os estudos quantitativos permitem generalizações, é equivocada, e destacam, como formas de generalização possíveis, nos estudos qualitativos, aquelas de natureza conceitual ou por tipificações. De acordo com essa lógica, a generalização conceitual poderia ser feita com o auxílio da análise de informações obtidas em contextos específicos, através da construção de conceitos aplicáveis a outros sujeitos e grupos; e a generalização por tipificações seria possível através da interpretação dos sentidos expressos na linguagem e reiterados regularmente pelos outros indivíduos, revelando as lógicas culturais do grupo como um todo.

Ao contrário do modelo quantitativo, que requer definição *a priori* dos pressupostos e hipóteses, assim como dos instrumentos para coleta de dados e análise, as pesquisas qualitativas admitem maior flexibilidade, já que seu desenho vai sendo, em verdade, construído e reconstruído ao longo da investigação.

Nas pesquisas quantitativas, a interpretação dos dados fica restrita às fases finais da investigação, requerendo critérios metodológicos aparentemente muito mais rigorosos. Na verdade, são modelos muito mais fechados, que privilegiam sobremaneira a padronização para conferir validade e confiabilidade aos resultados obtidos e possibilitar reprodutibilidade da pesquisa. A abordagem qualitativa permite que, à medida que sejam reveladas novas informações, novas interpretações e reinterpretações possam ser feitas. Assim, novas hipóteses podem vir à tona e serem investigadas ainda durante o desenvolvimento da mesma pesquisa.

De fato, ao longo do caminho percorrido na exploração e no trabalho de campo propriamente dito, identificamos algumas oportunidades de revisão de algumas questões inicialmente levantadas, assim como de incorporação de outras. Redefinimos alguns critérios inicialmente estabelecidos para seleção dos indivíduos a serem incluídos na pesquisa, de modo a enriquecer a qualidade do material, e aperfeiçoamos os instrumentos utilizados para a aproximação dos dados, bem como a estratégia utilizada para entrada no campo.

Apesar de ainda existir alguma discussão acerca de uma suposta bipolaridade entre os modelos quantitativo e qualitativo, a literatura mais recente torna cada vez mais evidente que ambos podem trazer contribuições à produção do conhecimento, seja quando utilizados de forma independente ou em integração. Tudo depende do objeto e dos objetivos da pesquisa em questão.

De acordo com Minayo (1999), a dicotomia entre as duas formas de abordagem deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números, e às vezes contempla apenas os significados objetivos, omitindo a realidade estruturada. Adverte, por outro lado, que quando o objeto de estudo se relaciona ao universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, torna-se difícil trabalhar com números e destaca que qualquer pesquisa que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo.

Em resumo, a principal razão da opção pela metodologia qualitativa deveu-se ao fato de essa forma de abordagem permitir maior aprofundamento do conhecimento sobre aspectos particulares, comportamentais, a partir do ponto de vista dos atores sociais. Como já referido, o interesse aqui foi lançar luz sobre certos aspectos da relação médico-paciente, no que diz respeito principalmente ao processo de decisão clínica e ao papel que desempenham médico e paciente nesse processo. Muito mais do que enumerar quais variáveis são consideradas, o que se pretendeu foi buscar uma maior compreensão sobre como as motivações, conceitos, valores, sentimentos, conflitos e contradições dos médicos e pacientes interagem na construção das lógicas utilizadas por eles ao tomarem decisões e ao estabelecerem determinadas formas de relação.

O que fizemos, portanto foi escolher o caminho que nos pareceu mais adequado e útil aos objetivos da pesquisa.

1.2. Definindo o instrumento a ser utilizado no trabalho de campo

Feita a opção pela metodologia qualitativa, o passo seguinte foi definir o instrumento mais adequado para aproximação dos dados.

As estratégias utilizadas na fase de trabalho de campo para este tipo de pesquisa são, em geral, a entrevista e a observação participante, incluídos, na categoria “entrevista”,

a entrevista individual e suas modalidades, e os grupos focais. Cada um desses instrumentos foi considerado, sendo analisadas sua pertinência e utilidade para a exploração dos dados.

A idéia inicial era utilizar a observação direta do atendimento médico, associada às entrevistas individuais, para conferir maior validade aos achados, através do recurso da triangulação metodológica. Entretanto, consideramos que a utilização da técnica de observação participante poderia introduzir vieses contextuais, devido à presença do investigador. Além disso, considerando as características da situação em questão (atendimento ginecológico), a introdução de um outro ginecologista no consultório poderia suscitar questões éticas e comprometer significativamente os resultados do estudo.

Pensamos também em utilizar a técnica do grupo focal, caso fosse identificada a necessidade de complementar informações ou de esclarecer possíveis lacunas surgidas durante o trabalho de campo ou após a análise do material. Entretanto, além de não ter sido identificada essa necessidade, preocupava-nos também aqui a introdução de vícios, pelas interações entre os participantes, não mais protegidos pelo anonimato.

No caso dos médicos ficou claro, durante as entrevistas, que a presença de outros profissionais poderia influenciar as respostas e comentários sobre as questões discutidas, principalmente quando se tratava de expor incertezas médicas, desconhecimento técnico e mesmo de assumir determinadas atitudes e comportamentos, cuja ética talvez pudesse ser questionada pelos próprios colegas.

No caso das pacientes percebemos, desde a primeira entrevista, que o grau de exposição de intimidades dos próprios sujeitos, bem como da referência explícita e nominal de outros indivíduos – em alguns casos razoavelmente conhecidos, por serem pessoas de inserção em políticas públicas e até de exposição freqüente na mídia – poderia suscitar questões éticas.

Optamos assim pela entrevista individual. Quanto à modalidade de entrevista, reconhecendo que a nomenclatura pode variar segundo as diferentes classificações propostas pelos diversos autores, consideramos oportuno descrever como construímos o roteiro e como procuramos conduzir as entrevistas, o que apresentamos adiante, em tópico específico.

Seguimos, para tanto, as orientações de Minayo (1999), que prefere resumir a classificação das diferentes formas de entrevistas em estruturada e não-estruturada, admitindo gradações em função de serem mais ou menos dirigidas. A entrevista semi-estruturada seria considerada, nesse caso, uma variação das entrevistas não-estruturadas.

Descartamos, de saída, a utilização da entrevista fechada ou estruturada, já que quando se trata de apreender valores ou compreender relações, o questionário se mostra insuficiente, podendo assumir no máximo papel complementar.

Tendo em vista o necessário aprofundamento da análise dos textos obtidos, e considerando que, com a técnica da entrevista individual, semi-estruturada, a quantidade de material produzido tende a ser maior e com um grau de profundidade muito maior do que com os questionários (MINAYO, 1999), optamos por essa técnica para aproximação dos dados.

1.3. Definindo a amostra

Em pesquisa qualitativa, as técnicas de amostragem são diferentes daquelas utilizadas nos estudos quantitativos. Na abordagem quantitativa, há necessidade da definição de uma amostra que seja numericamente representativa da população em estudo, para que as conclusões possam ser generalizadas e aplicáveis a outros estudos de mesmo desenho. Aqui, a preocupação maior é com o aprofundamento e abrangência da compreensão de um fato social do que com a generalização e, portanto o critério não é numérico. A amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões, só se esgotando quando atingido o ponto de redundância – ou seja, quando deixam de ser acrescentados elementos relevantes novos aos achados, delineando-se o quadro empírico da pesquisa (MINAYO, 1999).

Buscando incluir na amostra representantes do grupo social mais relevante para o estudo, decidimos convidar médicos e pacientes para participar da pesquisa, já que são esses os atores sociais diretamente envolvidos na decisão clínica, objeto específico de nosso estudo.

Uma vez tendo escolhido o caso da terapêutica hormonal no climatério (TH) para desenvolvimento da pesquisa, pelas razões já apresentadas no capítulo introdutório,

entrevistamos médicos ginecologistas que, em nosso meio, são em princípio os profissionais responsáveis pela prescrição de TH.

De acordo com a mesma lógica, foram recrutadas mulheres que já haviam vivenciado a menopausa, para que pudéssemos desta forma compreender também o ponto de vista do paciente, relativo à qualidade do atendimento e especificamente ao seu papel no processo da decisão clínica.

O recrutamento em pesquisa social não precisa ser ao acaso, admitindo-se a seleção propositada de indivíduos cuja inclusão possa vir a iluminar as questões em estudo (PATTON, 1990). De acordo com esse entendimento, foram constituídos os grupos de médicos e de pacientes a serem entrevistados.

1.4. Os médicos

Foram convidados médicos ginecologistas de diversos perfis, todos com atuação direta no atendimento a pacientes em fase de pós-menopausa. Entrevistamos médicos e médicas com atividades na rede pública (incluindo instituições de ensino), com atuação na clínica privada e prestadores de serviços da rede suplementar (operadoras de planos de saúde). Procuramos incluir também profissionais com algum tipo de inserção na formulação de políticas e estratégias relacionadas aos cuidados assistenciais em Ginecologia (FEBRASGO/SGORJ/CRM). O propósito aqui foi ampliar o escopo da pesquisa, através da inclusão de variações (cultura local, idade, sexo, experiência, duração da consulta, supervisão, níveis de responsabilidade), para conferir representatividade teórica à amostra estudada e, desta forma, maior validade aos achados e às conclusões.

Durante a fase de realização das entrevistas, percebemos que o material poderia ser enriquecido pela inclusão de um outro critério: a subespecialidade. Incluímos assim dois ginecologistas com experiência em mastologia e oncologia.

O grupo de médicos ficou, portanto, constituído por dez ginecologistas de idades compreendidas entre 37 e 66 anos, sendo cinco do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Todos os médicos entrevistados têm atuação em consultório particular. Sete têm experiência significativa de atendimento a pacientes através de planos de saúde (“convênios”): dois dos quais como funcionários de operadoras de planos de saúde

(atualmente apenas um mantém esse tipo de vínculo) e cinco em consultórios próprios. Dois desses cinco atendem atualmente apenas pacientes particulares. Três dos médicos entrevistados nunca atenderam pacientes de convênios.

Todos os médicos entrevistados têm ou tiveram experiência no atendimento a pacientes do SUS, sendo que apenas um trabalha hoje exclusivamente no setor privado; todos os outros ainda mantêm algum tipo de vínculo institucional no setor público, seja através do atendimento direto aos pacientes, seja exercendo atividade de supervisão (ensino). Cinco exercem atividades de ensino no setor público; seis exercem ou já exerceram alguma atividade administrativa no setor público, ligada à assistência médica, como chefia de ambulatório ou de departamento; três ocupam posições de representação em associações científicas ou conselhos de classe (membros de comissões ou comitês). Quase todos os entrevistados têm mais de um tipo de inserção profissional, no mínimo, um emprego no setor público e consultório particular.

1.5. Os pacientes

O recrutamento dos pacientes obedeceu à mesma lógica empregada para o grupo de médicos, ou seja, buscou-se incluir indivíduos com os atributos necessários ao desenvolvimento da pesquisa, e ao mesmo tempo com perfis diversificados, para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças e contemplar as múltiplas dimensões que compõem a complexidade do objeto de estudo.

Foram entrevistadas oito mulheres entre 51 e 66 anos de idade, de nível sociocultural variado, que já haviam vivenciado a menopausa, incluindo usuárias de serviços de saúde da rede pública, da clínica privada e da rede suplementar.

Quatro têm nível de instrução superior (universitário). Seis exercem atividade profissional regular. Três são aposentadas, mas voltaram a trabalhar. Apenas duas se identificaram como donas de casa: uma nunca teve atividades profissionais e a outra é funcionária pública aposentada.

No tocante ao tipo de atividade profissional, além daquelas com atividades exclusivamente no lar, entrevistamos: uma comerciante; duas servidoras públicas, uma das quais ocupante de cargo em comissão; uma consultora; uma empregada doméstica e uma

médica. Vale notar também que, embora sem exercer a atividade pertinente no momento, três das entrevistadas referiram formação profissional na área da saúde (Nutrição, Enfermagem e Fonoaudiologia).

A médica foi a última paciente a ser recrutada e o que motivou sua inclusão foi a referência razoavelmente consistente do desconhecimento dos argumentos técnicos supostamente necessários à discussão com o médico e à participação nas decisões clínicas. Pretendíamos, dessa forma, verificar a possível contribuição do material obtido através da entrevista com a paciente médica e, portanto tecnicamente competente para participar da decisão se assim o desejasse.

Sete pacientes referiram vinculação a algum plano de saúde, sendo que apenas três se identificaram como usuárias exclusivas do plano de saúde; as demais se valem do plano de saúde para realização de exames ou internações, optando às vezes pelo atendimento com médico particular, não credenciado pelo plano, e outras vezes pelo atendimento no serviço público. Cinco pacientes entrevistadas já foram ou ainda são atendidas no serviço público. Duas sempre foram atendidas por médicos particulares.

1.6. Construindo o roteiro da entrevista

O roteiro para entrevista utilizado em pesquisa qualitativa difere substancialmente dos questionários utilizados nos estudos quantitativos, muito mais objetivos e muito mais fechados. A finalidade aqui foi dispor de um instrumento básico, apoiado no referencial teórico da pesquisa e com poucos itens, apenas para garantir que fossem abordadas as questões necessárias ao delineamento do quadro empírico da pesquisa, na perspectiva de obter aprofundamento e ampliação da informação, sem cerceamento.

Foi com esse entendimento que elegemos os tópicos-referência relacionados a seguir, para serem utilizados como pontos de partida e garantir que certos temas relacionados ao marco teórico fossem abordados. Cabe assinalar ainda que os temas abaixo não são compartimentos estanques, uma vez que interagem uns com os outros em diversos aspectos.

- Qualidade em saúde – concepções, percepções, expectativas e vivências relacionadas à qualidade do atendimento médico.

- Informação/educação do paciente – riscos, benefícios, resultados esperados e alternativas terapêuticas.

- Autonomia do paciente – poder médico, autoridade, responsabilidade, direitos do paciente, consentimento informado, princípios da beneficência, não-maleficência e autonomia do paciente.

- Critérios de decisão – participação do paciente, utilização de protocolos clínicos, medicina baseada em evidências, experiências anteriores, decisão compartilhada, negociações e conflitos.

Após breve apresentação do tema principal ao entrevistado, apenas para que ele compreendesse a finalidade da conversa, o mesmo foi convidado a expor livremente suas idéias. Procuramos evitar restringir a conversa ao simples exercício de pergunta e resposta, limitando-nos às intervenções necessárias ao aprofundamento de “pistas” deixadas pelo entrevistado. Não nos preocupamos em estabelecer uma ordem *a priori* para abordagem dos temas; preferimos, ao revés, que a seqüência lógica dos assuntos abordados fosse determinada pelas preocupações e ênfases conferidas pelos próprios entrevistados.

Após as primeiras entrevistas, percebemos a ênfase dada pelos entrevistados à questão do constrangimento do tempo, não apenas no que se refere à duração da consulta, mas também ao impacto do tempo de uma forma geral na vida das pessoas. Passamos então a incluir esse tópico na conversa, quando ele não emergia espontaneamente.

Outro subtópico, que parecia se configurar como de inclusão necessária ao roteiro das entrevistas com os médicos, foi a questão dos processos jurídicos. Entretanto, não chegamos a propor tal discussão; ela surgiu espontaneamente em todas as entrevistas, por iniciativa dos entrevistados. O mesmo se deu em relação à busca de informações na internet, pela paciente, fato este sempre abordado pelos médicos como um problema.

1.7. A entrada no campo

Ao contrário da abordagem quantitativa – que requer o não-envolvimento, o uso cuidadoso de palavras, gestos e expressões, um controle rígido de atitudes e comportamentos do entrevistador, em nome de uma isenção e neutralidade condizentes

com o processo científico de produção do conhecimento –, na pesquisa qualitativa a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. Aqui, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador não é tomado como uma falha ou como elemento comprometedor da objetividade; ele é pensado como condição de aprofundamento de uma relação subjetiva (MINAYO, 1999).

Sabemos também que, na abordagem qualitativa, o caminho percorrido por cada pesquisador tem singularidades resultantes da interação entre fatores ligados ao investigador e aos indivíduos pesquisados. Como alertam Reichenheim & Moraes (2002), diversos aspectos podem influenciar o resultado da entrevista: desde o ambiente em que ela se passa, a motivação do entrevistado, seu desejo de estar em outro lugar naquele momento, o medo das conseqüências de suas respostas ou seu constrangimento por desconhecer o assunto, até a postura do investigador, sua aparência e a forma como apresenta o tema ou formula as questões.

Todos esses aspectos foram considerados em todas as etapas do trabalho de campo. Todos os contatos foram feitos por esta pesquisadora, pessoalmente ou por telefone. Todos os médicos me conheciam, através de convívio profissional presente ou passado, o que acredito ter sido decisivo no grau de adesão à pesquisa, possivelmente devido à minha inserção profissional no grupo, como ginecologista. Todos os convidados foram entrevistados, sendo que pelo menos três médicos chegaram a explicitar que só estavam aceitando participar da pesquisa porque me conheciam e, portanto, acreditavam na importância e seriedade do trabalho. Todos demonstraram interesse e empenho em acomodar seus horários para participar da pesquisa, apesar das evidentes dificuldades de agenda, inerentes à sua atividade profissional.

As pacientes também me conheciam; apenas duas foram indicadas por outras pessoas: uma por outra entrevistada e outra por uma médica conhecida (não entrevistada). Também aqui acredito que minha identificação com o grupo tenha contribuído para adesão total das pacientes, por ser do mesmo sexo e da mesma faixa etária que elas, eventualmente paciente – portanto supostamente identificadas pessoalmente com o tema objeto da pesquisa.

Os locais e horários das entrevistas foram escolhidos pelos entrevistados, segundo sua maior conveniência, tomando-se sempre o cuidado de eleger local reservado, de modo

a garantir a privacidade do entrevistado e o menor número possível de interrupções. A duração das entrevistas foi variável, como costuma ocorrer com as entrevistas abertas, situando-se o tempo total aproximadamente entre 45 e 90 minutos. As mais demoradas foram, em geral, as entrevistas com as pacientes.

Todas as entrevistas foram conduzidas por esta pesquisadora, gravadas em áudio e transcritas por profissional qualificado, sempre com o consentimento informado dos entrevistados.

A identidade dos entrevistados foi protegida pelo emprego de códigos: os médicos receberam nomes iniciados pela letra “M” (Marcelo, Marcos, Maurício, Mauro, Murilo, Marcia, Marília, Marina, Marta, e Miriam) e as pacientes, nomes iniciados pela letra “P” (Paloma, Patrícia, Paula, Pérola, Piedade, Pilar, Poliana e Priscila).

1.8. Análise

Superado o caos inicial motivado por uma trajetória basicamente voltada para estudos epidemiológicos, de natureza quantitativa, vimo-nos diante do confronto com diversas teorias no campo da pesquisa social e com diversas técnicas de análise qualitativa. Em busca do melhor caminho a seguir para uma interpretação consistente dos dados, fomos procurar novamente apoio nos trabalhos de Minayo (1999, 2002), sobre métodos de análise em pesquisa qualitativa.

Optamos pelo caminho da hermenêutica-dialética para a análise do material obtido das entrevistas. A hermenêutica é a arte de compreender textos, através da imersão no texto de um autor, em busca de relevâncias e de conhecimentos novos, o que implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e de extrair conclusões. A atividade hermenêutica se move entre o familiar e o estranho, a partir do pressuposto de que a compreensão só é possível pelo estranhamento, dando origem à necessidade do entendimento. A hermenêutica busca entender o sentido que o autor do texto quis expressar, através de um discurso que é sempre penetrado pelo contexto.

A dialética é o estudo da oposição das coisas entre si. Busca desvendar a contradição interna no interior do fenômeno, num processo infinito de revelação de novos aspectos e correlações. Enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a

dialética estabelece uma atitude crítica, introduzindo na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição (MINAYO, 2002).

Trabalhar dentro do movimento hermenêutico-dialético permite entender a realidade que se expressa em um texto, considerando como fundamento da comunicação as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas.

Quanto aos procedimentos adotados nesse caminho, o primeiro passo foi a ordenação dos dados, que teve início com a transcrição das fitas-cassete e leitura do material para organização dos relatos segundo as diversas fontes. Em seguida, passamos à classificação dos dados. A primeira etapa da classificação foi a releitura dos textos para identificar as idéias centrais e estruturas de significado mais relevantes e estabelecer categorias empíricas a serem confrontadas com o referencial teórico da pesquisa, buscando as relações dialéticas existentes.

Após essa primeira aproximação dos dados, foi feita uma leitura transversal de cada corpo de informações: entrevistas com médicos e entrevistas com pacientes, a partir da identificação de homogeneidades ou heterogeneidades nos textos obtidos. Nesse momento, foram feitos os recortes de cada entrevista, por temas, identificando-se os mais relevantes e merecedores de análise mais minuciosa. O aprofundamento da análise e reagrupamento de temas em função de seus significados e de acordo com as lógicas percebidas conduziram à análise final e articulação com os referenciais teóricos da pesquisa e reflexões sobre o tema objeto de estudo.

Capítulo II - Qualidade do Cuidado e Autonomia do Paciente

O propósito deste capítulo é situar a natureza e o contexto em que se inscreve o objeto principal desta pesquisa. Busco aqui mostrar a origem das indagações que nortearam o trabalho de campo.

O capítulo está dividido em três partes. Na primeira, procuro abordar a evolução do conceito de qualidade em saúde e a incorporação a esse conceito, da autonomia do paciente, como um direito.

A segunda parte é uma reflexão sobre a contribuição da acreditação hospitalar para esse processo. Iniciando com um breve histórico da acreditação no mundo, apresento, também de forma resumida, sua implantação no Brasil. Em seguida apresento alguns conceitos básicos sobre a lógica da acreditação, metodologia empregada, instrumentos utilizados, processos de trabalho e estratégias, apenas para evidenciar a forma pela qual o processo de acreditação pode facilitar a introdução de mudanças na cultura da instituição, para melhorar a qualidade do cuidado. A ênfase dada aos aspectos relativos aos direitos dos pacientes se justifica por sua estreita associação com os objetivos deste trabalho. Finalizo com uma reflexão sobre minha experiência no processo de acreditação de hospitais, atividade com a qual me envolvi nos últimos anos e à qual atribuo, em grande parte, a motivação para realizar este estudo.

Na terceira parte do capítulo, aproveito para indicar algumas questões relativas ao conceito de qualidade, levantadas pelos próprios sujeitos desta pesquisa, para já introduzir de forma mais objetiva a complexidade da questão-objeto do estudo, qual seja, o processo de decisão clínica.

2.1. Qualidade em saúde

Existem muitas maneiras de definir qualidade e a literatura específica contempla uma diversidade de conceitos, definições e formas de interpretação (GARVIN, 1992; DEMING, 1990; CERQUEIRA NETO, 1992). Talvez a definição mais simples seja aquela

inspirada nos trabalhos de Edwards Deming, segundo o qual qualidade significa fazer o que é correto, da forma correta.

Não pretendi neste capítulo apresentar uma análise em profundidade dos movimentos pela qualidade, nem mesmo adentrar a discussão conceitual sobre o que significa qualidade. O esforço foi no sentido de analisar os juízos, concepções e percepções de médicos e pacientes sobre a qualidade do atendimento médico, em uma perspectiva hermenêutica-dialética. Buscamos para isso apoio nos textos referentes a estudos anteriores e no material das entrevistas, procurando articular os dados obtidos com os pressupostos da pesquisa – consciente, entretanto, da posição de investigador, não como observador isento, mas em intersubjetividade, como participante da história.

A preocupação com a qualidade em saúde remonta às próprias origens da profissão médica, conforme expresso no Juramento de Hipocrates:

“[...] aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda [...]”

Tomando por base esse trecho do Juramento de Hipocrates, vê-se que uma das formas de avaliar a qualidade do ato médico pode ser feita à luz de dois princípios da Bioética: a beneficência e a não-maleficência. Não há nenhuma alusão ao desejo do paciente ou a qualquer símbolo de sua autonomia; pelo contrário, há clara referência ao poder médico de julgar, “segundo o seu poder e entendimento”, o que seria causar o bem ou o mal ao doente.

A maioria dos textos sobre qualidade em saúde faz referência à enfermeira Florence Nightingale, que na Guerra da Criméia encabeçou um grupo de enfermeiras num hospital britânico de campanha, que cuidava dos feridos em campos de batalha e cujas observações de complicações nos pacientes, sem relação direta com a gravidade dos ferimentos, acabaram levando à instituição de medidas de assepsia (QUINTO NETO, 2000).

Historicamente, entretanto, como assinala Palmer (1991), a discussão sobre qualidade em saúde ficou basicamente restrita ao meio médico. Os conceitos relativos ao que se poderia considerar um cuidado de saúde de boa qualidade permaneceram associados

à perspectiva dos médicos, cujo foco principal era sua competência profissional para identificar as necessidades de seus pacientes e atendê-las da melhor forma possível. Como refere a autora, foi somente a partir de 1970 que alguns estudos começaram a incluir também a contribuição de outros profissionais da saúde no aspecto competência profissional, como uma das questões essenciais para a qualidade.

Palmer, em sua análise da evolução histórica do conceito de qualidade, considera as perspectivas das várias partes interessadas, iniciando pelos profissionais da saúde, em especial os médicos. Para os médicos, segundo a autora, qualidade em saúde tem significado qualidade clínica do atendimento, traduzida pela eficácia do tratamento ou obtenção do resultado esperado, através, por exemplo, da utilização de protocolos clínicos e da disponibilidade dos recursos necessários, incluindo tecnologia sofisticada.

Nestes termos, a qualidade do cuidado poderia ser avaliada pela obtenção da melhoria das condições de saúde do paciente, aqui percebida como resultado, diretamente associado à intervenção médica praticada, sem necessariamente considerar os custos envolvidos.

Com o passar dos anos, essa discussão incorporou também a perspectiva dos governantes, através dos gerentes e gestores da saúde, que trouxeram os aspectos relativos à eficiência e efetividade dos procedimentos e das ações de saúde.

Os gerentes consideram a eficiência dos serviços um elemento fundamental da qualidade do atendimento – incluindo, portanto, aspectos relacionados aos custos envolvidos no atendimento. Palmer chama a atenção para o fato de que o conceito de eficiência pode ser expresso pela obtenção da qualidade desejada ao menor custo possível ou, ao revés, pela obtenção da melhor qualidade possível, dados os recursos disponíveis. Segundo a autora, os médicos tradicionalmente consideram mais aceitável a primeira definição.

A situação com que freqüentemente nos deparamos, no cotidiano da prática médica, é um contexto de recursos limitados, e a medida de eficiência estaria mais associada ao nível de qualidade atingido naquele cenário, o que é motivo freqüente de desconforto para os profissionais de saúde, em especial aqueles mais diretamente responsáveis pelo atendimento aos pacientes – ou seja, os médicos.

Na perspectiva dos gestores, o conceito de qualidade inclui aspectos referentes não apenas à eficácia e à eficiência, mas também à efetividade dessas ações, ou seja, ao efeito final, nos grupos populacionais, da assistência prestada nas condições habituais.

Como refere Huber (1997), de uma perspectiva de saúde pública, garantir qualidade pode significar priorizar os recursos disponíveis, de modo a solucionar de forma satisfatória e com o menor risco possível, os problemas de saúde mais relevantes do maior número possível de pessoas.

A definição da Organização Mundial da Saúde engloba aspectos referentes à segurança e à relação custo-efetividade das intervenções (ROEMER & MONTOYA-AGUILAR, 1988).

É da mesma forma inclusiva a definição proposta por Palmer, segundo a qual qualidade do cuidado seria “*a produção de melhoria da saúde e da satisfação de uma população, dados os limites da tecnologia disponível, dos recursos e das circunstâncias do consumidor*” (1991, p. 27).

É razoável considerar que o juízo a respeito do que seja qualidade e do que signifique qualidade em saúde varie com o perfil dos sujeitos que a percebem e com a ótica de quem a define. Nessa lógica, pacientes, médicos e outros profissionais de saúde, gerentes, gestores, formuladores de políticas ou financiadores poderão considerar aspectos distintos em sua avaliação da qualidade do atendimento prestado.

Nas últimas décadas, o conceito de qualidade em saúde passou a incorporar também a perspectiva do paciente. Diversos autores procuram chamar a atenção para os aspectos referentes à forma de relação dos profissionais de saúde com os pacientes.

Para Deming (1990), todos os movimentos dirigidos à qualidade devem reconhecer o papel do cliente como juiz da qualidade e, portanto, qualidade em saúde significa também o atendimento adequado às necessidades do paciente.

Donabedian (1991) inclui, em sua definição de qualidade do cuidado, aspectos técnicos, relacionados à eficácia e efetividade, e outros relacionados mais diretamente às relações interpessoais, e também ao conforto e aceitabilidade do cuidado. A inclusão dos aspectos relacionados ao conforto e das características das relações interpessoais como parâmetros de avaliação da qualidade do cuidado se justificariam, portanto, não apenas por

sua contribuição à efetividade do cuidado, mas também por estarem diretamente associados às expectativas e preferências dos pacientes.

Lohr (1991) inclui, entre os atributos de um cuidado de saúde de boa qualidade, os aspectos referentes à ética, ao treinamento e às habilidades profissionais, devendo esse cuidado, além de ser de pronto acesso e sem constrangimentos de ordem financeira, ser oferecido por profissionais que sejam treinados, que tenham as habilidades necessárias e que se preocupem com seus pacientes. Deve, portanto, ser adequado, de modo a melhorar a saúde dos pacientes, e deve ser aceitável, de acordo com os níveis de satisfação desejados pelos pacientes.

Morgan & Murgatroyd (1994) reconhecem a necessidade de valorizar a experiência dos profissionais por suas habilidades e conhecimentos especializados, para garantir a segurança e a qualidade técnica do atendimento. Entretanto, consideram importante também incluir a perspectiva do paciente em todos os momentos do cuidado, do planejamento à avaliação, e advertem que para isto é necessária significativa mudança de atitude por parte dos profissionais. Observam ainda que, embora as organizações de saúde tenham sempre considerado o paciente como um agente passivo dos serviços, hoje já é possível identificar um certo reconhecimento, por parte dos profissionais, de que o cliente é o especialista em relação às suas necessidades e expectativas.

Outros autores, como Huezco (1992) e Hull (1996), também enfocaram em seus trabalhos a questão da ética e da compaixão como componentes essenciais ao atendimento de saúde de boa qualidade, a partir do entendimento de que é perfeitamente possível, para os profissionais da saúde, oferecer serviços de bom padrão técnico e, ao mesmo tempo, tratar os clientes da forma ética com que desejariam eles mesmos ser tratados. Advogam, ademais, que ao se avaliar qualidade em saúde, seja sempre considerada a forma pela qual os pacientes são tratados pelo sistema.

Nogueira (1994) traz à consideração uma questão freqüentemente citada como obstáculo para a adoção de ações de melhoria de qualidade em saúde e que diz respeito às peculiaridades dos usuários, que seriam especialmente vulneráveis por não terem condições de avaliar a qualidade técnica do serviço que estão recebendo. Para ele, esses aspectos são bastante questionáveis e a discussão desse pretense estado particular de vulnerabilidade do paciente serviu para manter e ampliar os monopólios dos profissionais

de saúde durante muito tempo, mas, na prática, nada comprova que a saúde seja algo tão singular, a ponto de que o paciente vá indefinidamente abrir mão do seu direito à qualidade no atendimento. Observa também o autor que a tendência atual é de que as conquistas dos movimentos pela defesa dos direitos do consumidor venham a contribuir para um cenário mais promissor.

Esta questão nos remete aos primeiros movimentos no sentido de incluir a representação do paciente na decisão médica, como um direito, que podem ser considerados como os primeiros passos para o desenvolvimento da Bioética. Esses fatos ocorreram no final dos anos 50, quando os tribunais norte-americanos reconheceram o direito da pessoa à autodeterminação, no caso *Salgo v. Leland Stanford Jr University Board of Trustees*, Califórnia. Salgo, tendo sofrido paralisia de membros inferiores, após a realização de uma arteriografia diagnóstica, processou o médico alegando não ter sido informado sobre os riscos do procedimento. A Corte determinou que o médico havia violado o direito do paciente à informação e afirmou a obrigação do médico de revelar ao paciente todos os fatos necessários a um *consentimento informado*. Esta foi a primeira vez que a palavra consentimento informado foi utilizada em uma sentença judicial (ALMEIDA, 1999).

A esse caso, seguiram-se diversos outros, como o caso Karen Ann Quinlan, que se encontrava em estado vegetativo, e cuja família queria que fosse retirada do respirador, mas o médico se negava, argumentando que o recurso era necessário à sua sobrevivência. O juiz da Suprema Corte de New Jersey determinou que um comitê de ética avaliasse a situação. Foi assim constituído o primeiro comitê de ética em hospitais.

Outros fatos relevantes, como os escândalos envolvendo as pesquisas com seres humanos também concorreram para o desenvolvimento da Bioética, e para a criação dos Comitês de Bioética e de Ética na Pesquisa. No Brasil, as atuais características e atribuições para a constituição de comitês de ética em pesquisa estão contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A Resolução incorpora os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O direito dos pacientes à autonomia também está previsto em uma série de artigos do Código de Ética Médica (CRM-RJ, 2000). Esses artigos se referem especificamente às normas éticas e aos direitos dos pacientes, que pretendem afirmar a obrigatoriedade do respeito à autodeterminação do indivíduo. De acordo com o artigo 46, constante do capítulo IV, referente aos Direitos Humanos, é vedado ao médico: *“Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida”*.

Esse artigo é baseado, em primeiro lugar, na premissa de que o indivíduo é livre para decidir, segundo seu livre arbítrio. Além disso, para que ele possa manifestar sua vontade, precisa ser esclarecido sobre os benefícios esperados e os riscos potenciais de sua escolha. Uma vez tendo entendido a finalidade do procedimento e as conseqüências de sua decisão, ele pode exercer sua autonomia, sendo a única limitação para tanto o “iminente perigo de vida”. Entretanto, como voltaremos a discutir no capítulo IV, diversos fatores concorrem para a não-observância desse artigo. Veremos, assim, que na maioria dos casos esse consentimento não chega a ser solicitado, a não ser para procedimentos especiais e que, além disso, freqüentemente o intuito não é garantir a autonomia do paciente, mas proteger o médico de uma futura ação de responsabilização ética ou civil.

O capítulo V do código se refere especialmente à relação do médico com os pacientes e familiares e inclui dois artigos que também estão diretamente relacionados ao direito do paciente à informação. Segundo esses artigos, é vedado ao médico:

“Art. 59 - 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”.

“Art. 70 – Negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros”.

Os dois artigos, embora recomendem expressamente que o paciente seja informado, inclusive tendo acesso ao seu prontuário, deixam claramente os limites desse processo a critério do médico, que deve julgar os possíveis riscos dessa comunicação ao paciente.

O artigo 56 é, entretanto, o que se relaciona de forma mais direta com o respeito à autonomia do paciente. De acordo com esse artigo, 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”.

É interessante notar que, a despeito de todos os artigos citados objetivarem a garantia do respeito à autonomia do paciente, percebe-se nitidamente, por outro lado, o estabelecimento de limitações a essa autonomia, expressas em ressalvas que privilegiam os princípios da beneficência e da não-maleficência, ficando a cargo do médico o arbítrio desses limites.

É importante considerar também o ínfimo número de médicos que conhecem o Código de Ética Médica ou as normas do Conselho Federal de Medicina, conforme já assinalado por Cordeiro (2001).

De acordo com Drane (1984), apesar de existirem acordos quanto aos princípios éticos, a aplicação destes em casos concretos é tarefa difícil e delicada. Schramm (1998) defende o princípio da autonomia, mas reconhece a complexidade do próprio termo e a dificuldade de sua aplicação na prática, considerando os interesses legítimos e divergentes que convivem no imaginário social. O direito do ser humano à autonomia gera um dever dos outros em respeitá-lo e respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe deliberar e tomar decisões segundo seus pontos de vista e de acordo com seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios (GRACIA, 1990).

Balint (1996) alerta que, nos dias de hoje, a autoridade do médico e seu controle sobre o cuidado ao paciente estão sendo ameaçados por forças externas. Considera que o princípio da autonomia confronta a postura paternalista, embasada nos princípios de não-maleficência e de beneficência, da tradição hipocrática, sendo o ideal beneficente em saúde basicamente paternalista. Para esse autor, a relação paternalista seria essencialmente benigna e socialmente aceita, sobrevivendo através dos séculos, com poucas modificações até os primeiros questionamentos em prol do princípio da autonomia do paciente, quando se passou a encorajar os médicos a educarem seus pacientes para participação nas decisões sobre seu próprio cuidado. A preocupação manifestada por ele se refere à possibilidade de que o alto grau de autonomia do paciente possa ser um caminho para o minimalismo do cuidado e para a transferência de responsabilidade do médico para o paciente. Para Balint, mais aceitável seria um modelo de relação baseado na educação mútua de médicos e pacientes, com responsabilidade social, beneficência, confiança e certo grau de paternalismo, de modo a preservar a essência do processo terapêutico.

Por outro lado, de acordo com a tradição deontológica kantiana, o reconhecimento da autonomia do paciente como um direito é obrigatório, associa-se à liberdade individual, embasada na vontade. Nesse caso, infringir o princípio da autonomia violaria a pessoa humana, não cabendo, portanto, nenhuma flexibilidade (SEGRE, 1998).

Para Clotet (1993), o princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças. Reconhece, portanto, o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito à sua intimidade, limitando a intromissão dos outros indivíduos no seu tratamento.

Veatch (1989), adepto das teorias deontológicas, que se fundamentam na noção do dever, considera que as pessoas têm direito à informação independentemente de sua utilidade social.

Beauchamp (1989) considera que o consentimento informado é a expressão da autonomia, mas alerta para o fato de que, para se ter garantia da liberdade de consentir, é preciso, de um lado, que os profissionais de saúde estejam imbuídos da noção do respeito ao princípio da autonomia individual, pois em razão do domínio psicológico, conhecimento especializado e habilidades técnicas que possuem, eles podem inviabilizar a real manifestação da vontade da pessoa com quem se relacionam. Enfatiza também que, para exercer esse direito, o paciente precisa ter clara compreensão de que é dever do médico informar a ele sobre sua condição clínica, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos propostos, riscos e benefícios decorrentes, e também sobre o seu direito, como paciente, de tomar decisões sobre seu próprio cuidado.

Em estudo realizado no King's College, Britten (2000) identificou várias categorias de mal-entendidos entre médicos e pacientes durante a consulta, incluindo desde o desconhecimento, por parte do médico, da perspectiva do paciente sobre o uso de medicamentos, até o fornecimento de informações conflitantes por diferentes profissionais da mesma instituição. Os resultados da pesquisa mostraram também que muitas vezes o médico não despendia muito tempo no processo de educação do paciente, por conhecê-lo há muito tempo. Isto o fazia presumir as expectativas, preferências ou aceitação do paciente em relação a determinados tipos de prescrição e o levava a prescrever determinada terapêutica que, embora considerasse desnecessária, julgava-a desejada pelo

paciente. Por outro lado, as entrevistas com os pacientes identificaram um comportamento de aceitação da prescrição apenas para não desagradar o médico.

Britten também chama a atenção para o fato de que os mesmos pacientes que relataram uma série de dúvidas e mal-entendidos em relação à prescrição médica haviam se declarado satisfeitos, durante pesquisa de satisfação do paciente. A conclusão dos autores foi de que esse tipo de estratégia pode ser útil, mas talvez não deva ser o único instrumento utilizado para avaliar o resultado da consulta. É possível que esses aspectos não sejam considerados pelos pacientes como essenciais à sua satisfação com o atendimento, e que, de acordo com sua expectativa, sua satisfação possa ser atingida através de outros mecanismos.

Diversos autores têm defendido o maior envolvimento do paciente nas decisões sobre seu próprio cuidado, sendo que o grau de participação do paciente na decisão pode se dar de várias formas e em vários momentos, desde o mero fornecimento do consentimento informado até um modelo de decisão de fato mais compartilhada. Nesse caso, após o paciente ser informado sobre sua condição clínica, métodos diagnósticos e alternativas de tratamento, incluindo riscos e benefícios de cada escolha, médico e paciente examinam juntos as possibilidades diagnósticas e terapêuticas e fazem um acordo sobre qual decisão tomar.

Embora em nosso país o consentimento informado, como uma das formas de manifestação da autonomia, não seja uma prática cotidiana, como constatou Barros (2000) e como também foi verificado neste trabalho, é possível identificar um real interesse por essas questões, não apenas da sociedade civil, através de seus movimentos, mas também entre os teóricos, a julgar pelos trabalhos publicados sobre o tema, nos últimos anos (ALMEIDA, 1999; SOARES, 2000; ROCHA, 2000).

O Ministério da Saúde publicou, em janeiro de 2004, um documento base para gestores e trabalhadores do SUS, referente à construção da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). O documento apresenta a humanização como política transversal da rede SUS e considera, na definição de humanização, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários, trabalhadores e gestores, e dá ênfase para a autonomia e o protagonismo desses sujeitos nas ações de

saúde. Este é mais um desafio para todos nós, participantes dos SUS, e que esperamos ver transformado em avanço.

Um dos argumentos mais utilizados na defesa dos modelos de decisão mais compartilhada diz respeito à obtenção de melhores resultados através da maior aderência ao tratamento. Tendo entendido sua condição clínica e os métodos diagnósticos indicados e participado da escolha ou concordado de forma consciente com o tratamento proposto, o paciente teoricamente teria maior aderência ao tratamento e maior chance de obter um bom resultado. Portanto, incluir o paciente no processo decisório pode traduzir uma visão utilitarista.

Os utilitaristas justificam o direito à informação, nas atividades dos profissionais de saúde, pela criação de uma maior confiança dos indivíduos submetidos à relação com aqueles. De acordo com a tradição utilitarista, a autonomia melhora o bem-estar, e infringir o princípio da autonomia pode ser aceitável se trazer outros ganhos desejáveis e úteis à pessoa. Essa conceituação admitiria, portanto, maior flexibilidade no âmbito da prática médica.

Para McKinstry (2000), que realizou estudo envolvendo 410 pacientes, através de entrevistas estruturadas, os pacientes que podem expressar suas idéias se mostram mais satisfeitos e aderem melhor ao tratamento. Entretanto, observou também que, embora médicos e estudantes estejam sendo encorajados a envolver rotineiramente os pacientes no processo de decisão, não há evidências de que os pacientes queiram tal envolvimento, podendo esse desejo variar com diversos fatores – como idade, natureza da decisão, estilo do médico e nível educacional do paciente. Recomenda o autor que os médicos devam procurar identificar o grau de envolvimento que os pacientes desejam ter no processo de decisão clínica.

Incluir o paciente na decisão pode também representar uma postura defensiva, por parte dos médicos, no sentido de incluir os pacientes também na responsabilidade da decisão sobre o seu cuidado (LAINE, 1997).

Evidentemente a questão não é simples. Diversos autores consideram frágeis muitas das diversas evidências referidas como benefícios da decisão compartilhada.

Robinson (2001) observou que o desejo dos pacientes, de participar das decisões sobre o seu próprio cuidado, pode variar com diversos fatores, dentre os quais, a idade, o sexo e o nível socio-cultural. Segundo a autora, mulheres tendem a preferir um papel mais ativo na decisão, assim como as pessoas de nível sócio-cultural mais elevado, enquanto que pessoas mais velhas podem preferir delegar a responsabilidade para o médico, revelando sua preferência pelo modelo paternalista de atendimento.

Deber (1996) verificou, através de análise das respostas aos questionários enviados a 300 pacientes, que a maioria desses indivíduos preferia participar de decisões referentes a condições clínicas de menor gravidade e delegar ao médico as decisões de maior responsabilidade.

Coulter (1999) acredita que muitos pacientes na verdade não desejam participar da decisão e questiona a forte crença na importância da maior autonomia do paciente, recomendando que se produzam mais investigações para compreender melhor esses aspectos.

Strull (1984), com base em suas pesquisas sobre autonomia do paciente e sobre modelos de decisão, também sugeriu que embora os pacientes possam desejar ser informados sobre sua condição clínica e opções terapêuticas, na verdade preferem que as decisões sejam tomadas pelo médico, em quem reconhecem competência técnica para isto.

Joffe (2003), em estudo sobre autonomia do paciente e qualidade do cuidado, observou que a confiança no médico, a segurança relativa ao tratamento e o atendimento respeitoso e digno estiveram mais fortemente associados à perspectiva do paciente sobre a qualidade do cuidado recebido do que o seu envolvimento nas decisões.

Outros autores se ocuparam mais especificamente dos fatores contextuais, associados à dificuldade de implantação do modelo de decisão compartilhada. Elwyn (1999), em seu estudo sobre visões dos clínicos gerais acerca do envolvimento dos pacientes nas decisões, utilizou a técnica de observação de consultas com pacientes simulados e realizou grupos focais após as consultas. As situações clínicas selecionadas para observação foram: menopausa, hipertrofia benigna da próstata e fibrilação atrial. Os resultados do estudo evidenciaram três aspectos associados à inclusão ou não do paciente na decisão: a disponibilidade de informações confiáveis, o tempo apropriado para o

processo de decisão e a prontidão do paciente para aceitar um papel ativo na administração do seu próprio cuidado.

Stevenson (2003), em análise qualitativa sobre a perspectiva dos clínicos sobre decisão compartilhada, verificou que, embora nenhum dos indivíduos pesquisados fosse abertamente contrário à decisão compartilhada, a maioria reconheceu a dificuldade de traduzir o acordo teórico em prática, citando como barreiras significativas o constrangimento do tempo e o hiato de conhecimento técnico entre médicos e pacientes.

Charles (1999), explorando o tema da parceria entre médico e paciente, discute a noção da soberania do consumidor, a legislação cada vez mais focada nos direitos do paciente e o movimento feminista, questionador da autoridade médica. Levanta também questões importantes, tais como o próprio conceito de parceria e as situações ou as etapas do processo de decisão clínica em que ela se torna possível, bem como a atribuição de responsabilidade em cada modelo de decisão.

Para Charles, pelo menos três modelos de decisão podem ser identificados: o modelo paternalista, o de decisão informada e o de decisão compartilhada.

No modelo paternalista, o paciente reconhece a autoridade profissional e acata passivamente a decisão feita pelo médico. O fundamento deste modelo é que o médico tomará a decisão que for melhor para o paciente. Não há envolvimento do paciente no processo de decisão.

No modelo de decisão informada, o médico fornece informações ao paciente a respeito das opções terapêuticas, riscos e benefícios, para que o paciente possa fazer sua escolha. O papel do médico estaria restrito à transferência de informações. A decisão seria uma prerrogativa do paciente.

No modelo de decisão compartilhada, médico e paciente interagem todo o tempo e compartilham todas as etapas do processo decisório. A informação se processa em duas vias: tanto o médico quanto o paciente expressam suas opiniões e preferências, para estabelecer um consenso quanto à melhor decisão a tomar.

Segundo esse autor, no mundo real da prática diária predominam os padrões híbridos e há que se considerar que determinadas situações clínicas não se prestam a uma discussão sobre preferências terapêuticas, tendo em vista ou a urgência do pronto

tratamento ou a inexistência de alternativas. Além disso, advertem que, em situações de maior gravidade, quando existem diferentes opções terapêuticas com diferentes riscos e benefícios, freqüentemente o paciente se sente fragilizado demais para iniciar uma discussão sobre preferências – esta seria, nesses casos, responsabilidade do médico.

Outros autores também descreveram modelos de relação médico-paciente, com base no tipo de decisão. De acordo com a classificação proposta por Veatch (1972), existem quatro modelos de relação médico-paciente: modelo sacerdotal, modelo engenheiro, modelo colegial e modelo contratualista. O modelo sacerdotal seria o mais tradicional, que corresponde à atitude paternalista do médico, que, em nome da beneficência, ignora os desejos e as preferências do paciente, que se submete à decisão tomada pelo médico. O modelo engenheiro corresponde ao de decisão informada, descrito por Charles: a decisão é do paciente; ao médico estaria reservado apenas o papel de mero transmissor de informações. O modelo colegial equivale à decisão compartilhada entre “iguais” e, nesse caso, os papéis de médico e paciente teriam limites menos nítidos. O modelo contratualista não difere muito do colegial, a não ser porque admite graus variados de envolvimento do paciente nas decisões.

Na visão de Braddock (1999), muitos pacientes parecem incertos quanto ao seu papel no processo de decisão e por isso assumem uma atitude passiva ou não-participativa. O autor identifica uma tendência para um modelo de consentimento informado voltado muito mais para um diálogo mais significativo entre médico e paciente do que para a mera apresentação unidirecional de alternativas, benefícios e riscos, pelo médico. Alerta ainda para o fato de que, apesar de uma aparente demanda por uma decisão mais compartilhada, pouco se sabe sobre a extensão em que as discussões de fato envolvem a participação informada do paciente. Considera que existe pouco treinamento dos médicos para a prática da decisão compartilhada e que, quando existe alguma orientação, ela parece estar mais fundamentada nos aspectos administrativos ou legais do que propriamente em envolver o paciente no processo de tomada de decisão, sendo, portanto necessário um entendimento mais acurado do processo através do qual médicos e pacientes tomam suas decisões.

Chaves (1990) alerta que a noção de auto-responsabilidade da comunidade sobre o seu cuidado deve ser entendida e trabalhada muito mais como direito das pessoas à informação e educação para participação mais ativa na preservação da sua saúde do que como transferência de parte da responsabilidade médica para o paciente.

Existem evidências de que as preferências dos pacientes a respeito de receber informações ou de assumir parte da responsabilidade por seu cuidado variam com diversos fatores, como idade, nível sociocultural, gravidade da doença e natureza e complexidade da decisão.

Pessoas mais jovens tendem a preferir um papel mais ativo, enquanto pacientes mais idosos ou com doenças mais graves geralmente optam por delegar as decisões para o médico (COULTER, 2002).

Frosch (1999), em trabalho de revisão da literatura, verificou que, mesmo quando não desejam maior envolvimento nas decisões, os pacientes preferem ser informados sobre riscos e benefícios dos tratamentos, e que o desejo de uma decisão mais compartilhada está associado ao maior nível educacional dos pacientes.

Diversas razões objetivas podem fazer com que o médico incentive ou deixe de incentivar o paciente a participar das decisões sobre o seu próprio cuidado. Além dos argumentos mais freqüentemente mencionados para a não-inclusão do paciente nas decisões, como a falta de tempo e a não-disponibilidade de todas as informações que seria necessário fornecer ao paciente para que ele pudesse de fato assumir uma participação mais ativa no seu tratamento, outros aspectos podem interferir nesse processo.

Fator importante pode ser a dificuldade do médico para administrar conflitos, bem como para identificar responsabilidades quando há divergências entre as escolhas dos pacientes e sua opinião, principalmente se essa opinião estiver baseada em evidências científicas.

Qualquer discussão sobre modelos de decisão clínica e sobre autonomia do paciente requer, portanto, o conhecimento das perspectivas e das lógicas utilizadas não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos pacientes.

A formação médica em geral não inclui esses aspectos e, além disso, o comportamento dos profissionais com os quais convivemos durante nossa formação é em geral do tipo paternalista. Há, portanto, necessidade de aprofundar as investigações sobre o assunto, a fim de iluminar determinados aspectos ainda obscuros da relação médico-paciente, relacionados ao processo de tomada de decisão e à qualidade do cuidado.

Neste trabalho, nos ocupamos especificamente de estudar aspectos relativos às perspectivas de médicos e pacientes e à lógica utilizada por eles na decisão sobre terapêutica hormonal no climatério, tomando por base o material obtido de entrevistas com médicos ginecologistas e com mulheres que já haviam vivenciado a menopausa. Os resultados desta análise estão apresentados no capítulo IV.

2.2. Acreditação Hospitalar: avaliando instituições de saúde com base em padrões para garantir o direito do paciente a um cuidado de melhor qualidade

Nos últimos anos, diversos movimentos têm sido feitos, no Brasil e no mundo, com o objetivo de garantir o direito do paciente a um cuidado de melhor qualidade. Uma estratégia que tem se mostrado eficaz em diversos países, no campo da garantia de qualidade em saúde, é a acreditação hospitalar.

O movimento de acreditação teve início efetivamente nos Estados Unidos, com a criação, em 1951, da Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Em 1913, o cirurgião Ernest Codman apresentou uma dissertação à Sociedade Médica do Condado da Filadélfia, intitulada *O produto dos hospitais*. Sua preocupação principal era com os resultados do cuidado prestado aos pacientes e seu objetivo já àquela época era melhorar os resultados obtidos com os investimentos feitos nos hospitais, o que ele acreditava ser possível através da adoção da padronização nos processos de trabalho do hospital (DONAHUE, 1998).

A idéia ganhou força entre os cirurgiões e, em 1917, o Colégio Americano de Cirurgiões criou o Programa de Padronização Hospitalar, com a finalidade inicial de avaliar a conformidade dos procedimentos realizados pelos cirurgiões, em relação a um conjunto de padrões.

O resultado dessa avaliação causou grande desconforto no meio médico: apenas 82 dos mais de 600 hospitais avaliados demonstravam conformidade com os padrões mínimos estabelecidos à época. Os resultados eram tão preocupantes que se decidiu não divulgá-los para o público e liberar o acesso às informações somente para os hospitais. As informações obtidas deveriam ser utilizadas para a criação de estratégias de melhoria da qualidade.

Entretanto, o temor de que essas informações acabassem sendo divulgadas pela imprensa fez com que, na reunião de 1918 do Colégio Americano de Cirurgiões, fosse feita

a queima de todos os documentos da avaliação, na lareira do *hall* do Hotel Astoria, em Nova Iorque.

Mesmo assim o Colégio deu continuidade ao programa e, em 1919, definiu cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, que passaram a ser conhecidos como “padrões mínimos”. Esses padrões requeriam o cumprimento dos seguintes itens:

- organização do “corpo clínico” nos hospitais;
- graduação em Medicina e licenciatura legal dos membros do corpo clínico;
- adoção, pelo corpo clínico e com aprovação do conselho diretor do hospital, de regras, regulamentos e políticas para governar o trabalho profissional no hospital;
- organização e guarda de prontuários, precisos e corretos, para todos os pacientes atendidos no hospital, com ênfase na padronização do conteúdo, incluindo: identificação; história da doença atual; exame físico; exames complementares, tratamento médico ou cirúrgico; achados patológicos macro ou microscópicos; anotações da evolução e, em caso de morte, os achados da autópsia; e
- disponibilidade de equipamentos para diagnóstico e terapêutica, incluindo, pelo menos, laboratório de patologia clínica e serviço de radiologia.

O Colégio manteve o programa até 1951, quando o rápido crescimento do número de hospitais nos Estados Unidos tornou inexecutável sua tarefa de avaliar sozinho os hospitais. Foi assim que, em 1951, com a parceria do Colégio Americano de Médicos, da Associação Médica Americana, da Associação Americana de Hospitais e da Associação Médica Canadense, o Colégio Americano de Cirurgiões formou a Joint Commission on Accreditation of Hospitals, com a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. Em 1987, a organização foi renomeada como Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). A JCAHO é hoje a maior agência acreditadora dos Estados Unidos, acreditando mais de 85% dos hospitais americanos (NORONHA, 1998).

Em 1959, a Associação Médica Canadense viria a se tornar independente para formar o Canadian Council e, em 1979, a Associação Americana de Odontologia se incorporou à Joint Commission, tornando-se o quinto membro da JCAHO.

Inspirada na metodologia da Joint Commission e adotando seus conceitos básicos, a Austrália também iniciou um programa de acreditação, em 1974, através do Australian Council on Health Care Standards, hoje de abrangência nacional.

Em 1994, na Nova Zelândia, o New Zealand Council on Health Care Standards criou um programa similar, que também já envolve hospitais de todo o país.

Na Europa, o primeiro programa de acreditação foi implementado na Catalunha, em 1981, com base no *Manual para Acreditação de Hospitais*, publicado pela Joint Commission, em 1975, sendo o programa gerenciado pelo Ministério da Saúde. Em 1988, foi constituída, em Barcelona, a Fundação Avedis Donabedian (FAD), uma instituição sem fins lucrativos, cuja missão é promover a qualidade e atividades de qualidade entre organizações de atendimento à saúde e profissionais de saúde. Em 1994, a FAD, considerando que o programa catalão era o único da Espanha, e que, além disso, se baseava em padrões mínimos, resolveu ampliar o seu escopo para introduzir na Espanha um programa de acreditação voluntária, baseado num nível ideal de padrões. Em 1994, através de acordo com a Joint Commission, a FAD tornou-se o corpo de acreditação da Espanha (Bohigas, 2000).

No final dos anos 80, dois programas foram criados no Reino Unido: o Hospital Accreditation Program (HAP), que acredita pequenos hospitais e centros de saúde comunitária e o King's Fund Organizational Audit (KFOA), que evoluiu de sua função inicial de auditoria para um verdadeiro sistema de acreditação, em 1995.

Já existem hoje atividades de acreditação em diversos países, como Holanda, África do Sul, Alemanha, Irlanda, Dinamarca, República dos Emirados Árabes, Turquia, França, República Tcheca, Hungria, Finlândia, Polônia, Coréia, Filipinas, Taiwan, Argentina, Bolívia, Colômbia, República Dominicana, Portugal e Brasil.

No Brasil, os primeiros relatos sobre acreditação datam de 1948, quando o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro foi “avaliado e acreditado por uma comissão norte-americana” (Santos, 2000 p.98).

No ano de 1986, foi instituída, pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), a Comissão Permanente de Qualificação de Hospitais, que, a partir de 1997 passou a ser designada Comissão Especial Permanente de Acreditação de Hospitais. A partir daí, os conceitos e a metodologia da acreditação começaram a ser mais disseminados no país, até

que em 1994, por iniciativa do CBC, juntamente com a Academia Nacional de Medicina (ANM) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi realizado o Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria de Qualidade em Saúde. O produto do seminário foi a criação do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde – PACQS com o objetivo de avaliar e implementar procedimentos voltados para acreditação de hospitais e prestar cooperação técnica às instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade (Aguilar, 1998).

Em 1997, a Fundação CESGRANRIO promoveu a oficina de trabalho “Acreditação Hospitalar no Contexto da Qualidade em Saúde”, para discutir e propor metodologias de avaliação de hospitais, com base na experiência internacional de acreditação. A reunião contou com a participação de representantes da JCAHO e teve como desdobramento a constituição do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – CBA, no ano de 1998 (Temporão, 2000).

O CBA tem a missão de “contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes nos hospitais e demais serviços de saúde no país, por meio de um processo de acreditação” e trabalha em estreita colaboração com a Joint Commission International (JCI), através de acordo formal para projetos de acreditação conjunta no Brasil. Seus constituintes são a Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Fundação CESGRANRIO e a UERJ, sendo esta última o seu constituinte delegado (CBA, 2003).

Foi na década passada, portanto, que o movimento de acreditação começou a se delinear de forma mais consistente no Brasil. Em 1997, o Ministério da Saúde iniciou um projeto chamado Acreditação Hospitalar, com o apoio do REFORSUS, em parceria com o Banco Mundial. Em 15 de dezembro de 1998, foi celebrado um Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e as entidades provedoras e prestadoras privadas de serviços de saúde - a Federação Brasileira de Hospitais, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, a Confederação Nacional de Saúde dos Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, a Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas, a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização, o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, a Confederação das Misericórdias do Brasil, a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, o Conselho Nacional dos Secretários de

Saúde e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, com o objetivo de desenvolver e implementar a Acreditação Hospitalar, bem como a criação de um órgão nacional de acreditação. Foi instituída, assim, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), com a missão de promover o desenvolvimento de um processo de acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde no Brasil. Entre suas principais atribuições estão a regulação de todo o processo, o estímulo à criação de entidades acreditadoras e seu credenciamento, a definição das normas básicas e a avaliação do processo de acreditação no país.

A partir de 1999, a Joint Commission, através de sua subsidiária, Joint Commission International (JCI), passou a avaliar hospitais em outros países, inclusive no Brasil, onde atua em parceria com o Consórcio Brasileiro de Acreditação.

O primeiro hospital no mundo a conquistar o certificado de acreditação internacional, conferido pela JCI, foi o Hospital Israelita Albert Einstein, no ano de 1999, dando início à constituição de uma rede internacional de hospitais acreditados. Até a presente data, já são 50 os hospitais acreditados pela JCI, em diversos países do mundo (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2005).

Em 2001, o Instituto de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO) foi submetido à avaliação de acreditação conjunta CBA-JCI e tornou-se o primeiro hospital público brasileiro a receber o certificado de Acreditação Internacional. Atualmente já são cinco os hospitais brasileiros com acreditação internacional: Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Samaritano, em São Paulo; HEMORIO, no Rio de Janeiro; Hospital Moinhos de Vento, no Rio Grande do Sul; e Instituto de Olhos Freitas, na Bahia.

Após este breve histórico, consideramos oportuno apresentar de forma sumária alguns conceitos, princípios e a lógica da acreditação como estratégia de avaliação de serviços de saúde, para em seguida abordar mais especificamente os aspectos referentes aos direitos dos pacientes e à sua relação com a qualidade do cuidado.

2.2.1. O que é acreditação

De acordo com a definição da Joint Commission International, acreditação é um processo através do qual uma entidade, em geral não-governamental, separada e distinta

das instituições de saúde, avalia instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de requisitos concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente. A acreditação é baseada em padrões aplicáveis, predeterminados e publicados. A avaliação é realizada *in loco*, por uma equipe de avaliadores composta por pares e ocorre geralmente a cada três anos. A acreditação é geralmente um processo voluntário no qual instituições decidem participar, não sendo decorrente de imposição legal ou regulamentar (ROONEY & VAN OSTENBERG, 1999).

Analisando a definição acima, é importante destacar certos aspectos que distinguem o processo de acreditação de outras estratégias de melhoria de qualidade e que estão claramente associados à eficácia do processo, características essas que provavelmente explicam sua boa aceitação entre os profissionais de saúde.

Todo o processo é construído com base na experiência de profissionais da área da saúde, com profundo conhecimento dos aspectos técnicos e administrativos do hospital, desde a construção dos instrumentos utilizados, como os manuais de padrões, até as técnicas de observação e análise das atividades do hospital e elaboração do relatório da avaliação.

Os avaliadores utilizam técnicas objetivas e diversificadas de avaliação, como entrevistas, observações e análise documental, para garantir a consistência do processo. O resultado da avaliação é fruto de um consenso estabelecido por avaliadores experientes e de formações diferenciadas: médicos, enfermeiros e administradores hospitalares.

Além disso, a abrangência global do processo, necessariamente envolvendo todos os setores da instituição, desmonta a lógica de “ilhas de excelência” no hospital e estimula o trabalho em equipe e a visão institucional. Por fim, o fato de ser um processo continuado, renovado periodicamente, ajuda a garantir o caráter sustentado das melhorias.

2.2.2. Acreditação: uma avaliação baseada em padrões

Para obter o certificado de Hospital Acreditado, o hospital deve demonstrar conformidade significativa com um manual de padrões, cuja estrutura pode variar, dependendo do escopo e da filosofia do modelo específico de acreditação escolhido.

Os padrões podem estar organizados como um sistema, em torno de funções e processos-chave centrados no paciente (por exemplo, avaliação do paciente, direitos do paciente e familiares, cuidado ao paciente) e na instituição (por exemplo, gerenciamento do ambiente hospitalar, gerenciamento da qualidade, gerenciamento da informação).

Alternativamente, os padrões podem ser agrupados por departamentos ou serviços dentro da instituição (por exemplo, farmácia, laboratórios, biblioteca).

Nos primórdios de suas atividades, a JCAHO utilizava um manual de padrões, cujo foco prioritário era a estrutura do hospital, referente aos estágios um e dois da qualidade. Anos depois, com o aperfeiçoamento do manual, foram incorporados padrões associados à verificação dos processos, sem abandonar aqueles referentes à estrutura do hospital. Mais recentemente, foram incorporados padrões de resultado, com ênfase para a melhoria de desempenho.

Os padrões que compõem o manual de acreditação são desenvolvidos por especialistas em saúde, após o que, são publicados, analisados e revistos periodicamente para ficarem atualizados em relação aos avanços tecnológicos e terapêuticos e às mudanças na política de saúde e na legislação.

O *Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar*, utilizado atualmente para acreditar organizações de saúde no mundo inteiro pela JCI, e no Brasil, pelo CBA em conjunto com a JCI, é composto por onze conjuntos de padrões que são a base para a avaliação da estrutura, processos e resultados do hospital.

Os padrões do manual internacional foram desenvolvidos por uma força-tarefa internacional composta de médicos, enfermeiros e administradores experientes, e de especialistas em políticas públicas. Participam da força-tarefa membros da América Latina e Caribe, Ásia e Costa do Pacífico, Oriente Médio, Europa Central e Oriental, Europa Ocidental e África. Um comitê internacional de padrões continua a trabalhar na força-tarefa e a fazer recomendações sobre as atualizações e modificações necessárias para que esses padrões sempre reflitam a prática contemporânea. A próxima edição do manual está prevista para publicação no ano de 2006.

Os padrões são agrupados de acordo com as funções relacionadas mais diretamente com o cuidado aos pacientes ou com o gerenciamento da instituição. Essas funções se aplicam à instituição como um todo, assim como a cada departamento, unidade ou serviço da instituição.

A primeira parte do manual compreende cinco blocos de padrões ou funções, cujo foco é o paciente. São elas: Acesso e Continuidade do Cuidado (ACC), Direitos do Paciente e Familiares (DPF), Avaliação do Paciente (AP), Cuidado ao Paciente (CP) e Educação de Pacientes e Familiares (EPF).

A segunda parte corresponde às seis funções com foco na organização, a saber: Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QSP), Prevenção e Controle de Infecções (PCI), Governo, Liderança e Direção (GLD), Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança (GAS), Educação e Qualificação de Profissionais (EQP) e Gerenciamento da Informação (GI).

Os padrões da Função ACC estão baseados na premissa de que a instituição de saúde deve considerar a assistência que oferece como parte de um sistema integrado de serviços, profissionais de saúde e níveis de cuidado, constituindo um conjunto de cuidados continuados. Com base nesses padrões, é possível verificar se existe correspondência adequada entre a assistência de que o paciente necessita e os serviços disponíveis na instituição, e também se os serviços oferecidos ao paciente são coordenados, desde a admissão até a alta ou transferência do paciente, incluindo o acompanhamento pós-alta, quando necessário.

Os padrões da Função DPF, referentes aos direitos do paciente, estão fundamentados nos seguintes princípios: cada paciente é único, com suas necessidades, valores e crenças próprias; os pacientes, seus familiares ou aqueles que tomam decisões em seu nome devem ser envolvidos nos processos assistenciais e nas decisões sobre os cuidados; para promover os direitos do paciente em uma instituição, é preciso que pacientes e profissionais reconheçam esses direitos e que sejam educados no cumprimento desses direitos.

À luz desses princípios, e com base nos padrões que abordam os processos necessários ao cumprimento dos direitos dos pacientes, verifica-se se os profissionais da instituição divulgam e respeitam os direitos dos pacientes e se os pacientes são informados

sobre seus direitos, de acordo com a legislação vigente, e com quaisquer outros instrumentos internacionais de direitos humanos endossados pelo país.

Além dos padrões contidos nesse bloco específico, em todos os capítulos do manual há referência expressa ao respeito aos direitos do paciente, principalmente naqueles padrões referentes à avaliação e cuidado ao paciente, como a necessidade de obtenção do consentimento informado para participação em pesquisa, realização de anestesia, cirurgia, procedimentos invasivos e diversos outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos definidos pelo hospital.

Na Função AP são avaliados os processos de: avaliação das condições clínicas, psicológicas e sociais do paciente; análise dessas informações para identificar as necessidades de cuidado do paciente; e o desenvolvimento de um plano para atender essas necessidades. Considera-se, nessa verificação, que uma avaliação é adequada quando inclui fatores relevantes, tais como idade do paciente e necessidades terapêuticas, mas também os desejos e preferências do paciente.

Os padrões da Função CP estão baseados no princípio de que todos os pacientes têm o direito de receber a mesma qualidade do cuidado, considerando-se que para que isso ocorra é necessário planejamento adequado, alocação de recursos eficiente e qualificação profissional adequada. Os padrões estão subgrupados de acordo com as áreas clínicas ou necessidades de cuidado – como, por exemplo, anestesia, cirurgia, cuidados intensivos, uso de medicamentos e nutrição. Recentemente foram incluídos padrões especialmente dedicados à verificação da qualidade da assistência aos pacientes terminais e ao cumprimento dos seus direitos, incluindo o controle eficaz da dor e a atenção aos seus valores culturais e religiosos.

Na Função EPF, verifica-se se a instituição identifica, com base nas características do paciente, suas necessidades de informação sobre seus direitos, de forma geral, incluindo uso de linguagem adequada à sua compreensão, para que o paciente se sinta em condições de participar das decisões sobre seu cuidado, até o ponto em que assim o desejar.

Os padrões das funções relativas aos processos focados na organização avaliam como os processos de governo, liderança e direção da instituição dão suporte à garantia de um ambiente seguro à prestação do cuidado ao paciente. Estão incluídos nesse conjunto de funções todos os padrões relativos à estrutura física e administrativa da instituição -

utilização de recursos técnicos e tecnológicos, educação e qualificação profissional, gerência de informação e monitoramento da qualidade desses processos, assim como dos processos clínicos.

Destacamos agora os padrões mais diretamente relacionados com o tema objeto deste estudo – os que dizem respeito aos direitos do paciente, mais especificamente ao direito de participar das decisões relativas ao seu cuidado.

Um número considerável de padrões está relacionado aos direitos dos pacientes e à ética da instituição, incluindo acesso ao cuidado de boa qualidade, segurança física e proteção contra violência, entre outros. Além dos padrões que abordam especificamente a questão do consentimento informado para participação em pesquisa e para realização de cirurgia, anestesia ou procedimentos de maior risco, pelo menos quatro padrões fazem referência explícita ao direito dos pacientes de participar no processo do cuidado:

Padrão DPF. 2. A instituição garante aos pacientes e familiares o direito de participar no processo do cuidado.

O intuito deste padrão é garantir que a instituição defina e implemente políticas e procedimentos relativos à participação do paciente e de seus familiares em todos os aspectos do cuidado, sendo para isto necessário que os profissionais da instituição conheçam essas políticas e procedimentos, e principalmente que reconheçam o seu papel na garantia desses direitos.

Padrão DPF. 2.1. A instituição informa ao paciente e familiares sobre como ele será informado sobre a sua doença e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos propostos e sobre como podem participar das decisões sobre o cuidado, até o ponto em que desejarem.

O propósito deste padrão é avaliar o compromisso da instituição e de seus profissionais, com o apoio à participação do paciente nas decisões sobre seu cuidado. A lógica é que, para que o paciente e familiares possam se manifestar, eles precisam se sentir confortáveis para isto, assim como saber a quem se dirigir para expressar suas opiniões.

Padrão DPF. 9.1. O paciente e seus familiares recebem informações adequadas sobre a doença, o tratamento proposto e a equipe assistencial, para que possam tomar decisões sobre o cuidado.

A lógica aqui utilizada é o reconhecimento de que, para que o paciente possa tomar decisões, ele precisa dispor de informações claras sobre sua situação, incluindo condições clínicas, tratamento proposto, benefícios e desvantagens potenciais, alternativas existentes, chances de êxito, possíveis problemas relacionados à fase de recuperação e possíveis conseqüências da não-realização do tratamento.

Padrão DPF. 9.1.1. A informação é fornecida na forma e linguagem adequadas à compreensão daqueles que estejam decidindo sobre o cuidado.

Com este padrão pretende-se avaliar o empenho dos profissionais em assegurar que o paciente de fato compreenda as informações fornecidas, para que ele possa considerá-las ao formular sua decisão e manifestar seus desejos e interesses em relação ao tratamento ou procedimento proposto.

2.2.3. O processo de acreditação

O processo de acreditação consiste da avaliação externa da qualidade dos serviços, tendo como referência padrões predefinidos que expressam a visão de grupos da sociedade interessados em boas práticas. É um processo baseado em avaliar para melhorar o desempenho, sendo a avaliação baseada em padrões e critérios bem definidos, de modo a assegurar consistência ao processo.

O processo se inicia quando um hospital se inscreve para uma primeira avaliação, com vistas à acreditação, ou quando chega a data de sua certificação periódica. Ao se inscrever no processo, o hospital preenche o formulário de solicitação da avaliação, com todas as informações referentes ao hospital, necessárias ao planejamento das atividades da avaliação.

Com base nas informações recebidas, são definidos o número e o perfil dos avaliadores, sendo ainda estabelecido o cronograma de atividades. Isto ocorre, em geral, três meses antes da avaliação. Nesse momento são tomadas todas as providências relativas à designação dos avaliadores. A equipe de avaliadores é quase sempre composta por um médico, um enfermeiro e um administrador. Um dos membros da equipe é designado líder e é a pessoa que interage, todo o tempo, com o pessoal do hospital. O planejamento da avaliação é, portanto, feito “sob medida”, com base nas características do hospital,

informadas em geral pelo diretor da instituição, quando do preenchimento da solicitação da avaliação.

Durante a avaliação, os avaliadores verificam a conformidade da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos pelo hospital, comparados com os padrões do manual. As fontes de informação utilizadas pelos avaliadores são: entrevistas com pacientes e familiares, entrevistas com profissionais do hospital, reuniões e observação direta, através de visitas aos diversos setores do hospital. São ainda analisados diversos documentos relevantes do hospital, incluindo os prontuários dos pacientes. Todas essas atividades são acompanhadas por pelo menos um profissional do hospital, de acordo com a agenda preparada de comum acordo entre a direção do hospital e a agência acreditadora. O trabalho de campo termina com uma reunião de encerramento com os líderes institucionais, durante a qual os avaliadores fornecem ao hospital um relatório de decisão preliminar, baseado em seus achados durante a avaliação. Esse relatório é então enviado ao Comitê de Acreditação, que tem entre suas atribuições, a aprovação do relatório e outorga da acreditação.

O ciclo de acreditação tem a duração de três anos – seis meses antes da data de seu término, a agência acreditadora notifica a instituição, com vistas à realização de nova avaliação para reacreditação e um novo ciclo tem início.

No intuito de garantir a conformidade com os padrões e, portanto, a qualidade do atendimento prestado durante todo o ciclo, e não apenas à época das avaliações, a agência pode realizar visitas não marcadas. Nos Estados Unidos, por exemplo, a JCAHO passou a utilizar esse procedimento a partir de 1993, em 5% de todos os hospitais acreditados. Normalmente isto acontece no meio do ciclo de acreditação, e são avaliações menores, com apenas um avaliador e um dia de duração. Além disso, sempre que toma conhecimento de alguma denúncia que pareça relevante, a agência pode realizar uma avaliação sem agendamento prévio. Nessa avaliação, é verificada a procedência da denúncia ou da informação recebida diretamente ou veiculada pela imprensa, podendo o resultado afetar o estado de acreditação do hospital.

A etapa mais importante de todo o processo é a preparação do hospital. Durante esta etapa, o hospital se familiariza com a metodologia da acreditação, revê todos os seus processos de trabalho e implementa ações de melhoria. Antes da primeira avaliação

externa e nos intervalos das subseqüentes, o hospital também pode realizar auto-avaliações e utilizar os resultados assim obtidos para definir e rever, quando necessário, seu programa de melhorias.

O tempo necessário para que um hospital consiga atingir o nível desejável de melhorias, para que possa ser acreditado, varia conforme a disponibilidade de recursos e principalmente com seu estágio de desenvolvimento e de maturidade com relação às estratégias e à utilização de ferramentas de melhoria de qualidade. Mesmo durante as fases iniciais de preparação, e ainda que o hospital não disponha de muitos recursos financeiros, já é possível para o hospital perceber oportunidades e implementar ações de melhoria.

A título de exemplo, pode ser citado o caso do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE (MIRANDA, 2001), do qual participei ativamente, na liderança do processo, desde o seu início. O hospital, embora ainda não acreditado, beneficiou-se dos resultados de avaliações baseadas em padrões para definir projetos de melhoria de qualidade em áreas estratégicas.

No ano de 1999, a alta direção do hospital elegeu como estratégia de melhoria de qualidade a acreditação hospitalar. Como parte das atividades desse projeto, o hospital realizou inicialmente uma auto-avaliação e posteriormente sofreu duas avaliações externas, abrangendo todos os seus processos de trabalho e atividades realizadas.

Os resultados das avaliações nortearam a elaboração de um plano abrangente de melhorias para o hospital, incluindo como prioridades a elaboração de um plano estratégico, assim como dos protocolos e rotinas de trabalho da instituição. O reconhecimento da importância desse projeto qualificou-o entre os projetos beneficiados para financiamento pelo REFORSUS, componente II.

No tocante à função relacionada especificamente aos direitos do paciente, através da análise do relatório, foi identificada a necessidade de se definir uma política institucional relativa aos direitos do paciente, incluindo rotina para consentimento informado para procedimentos envolvendo risco e mecanismos de orientação e educação do paciente e familiares para participação no processo de cuidado. Os resultados motivaram uma profunda reflexão sobre a questão dos direitos dos pacientes, o que viria mais tarde a se desdobrar em diversas iniciativas, como o projeto de humanização do cuidado no hospital.

O caminho percorrido pelo hospital até a conquista da acreditação é um processo em geral promovido pelas lideranças do hospital, mas requer a motivação e participação ativa de toda a comunidade hospitalar, em todas as etapas, já que a acreditação implica mudança de cultura em todos os componentes da organização, e não apenas em determinados setores ou departamentos.

A melhoria contínua da qualidade requer compromisso e constância de propósitos, o que pode variar consideravelmente segundo as mudanças estruturais a que podem estar sujeitas as instituições, dependendo do seu modelo organizacional.

Criatividade e flexibilidade também são necessárias para se administrar em condições adversas e com recursos limitados. Quanto mais solidamente implantada a cultura da qualidade, melhor a utilização de recursos e menor o risco de desorganização do processo.

Ao mesmo tempo em que coordenava o projeto de acreditação do HUPE, comecei a participar do processo de construção do Projeto de Acreditação Hospitalar no Brasil, como membro representante da UERJ no Comitê de Acreditação do CBA. Nessa função tenho acompanhado, ao longo dos últimos seis anos, avaliações de hospitais em processo de educação e preparação para a acreditação, no Brasil e em diversos outros países.

Essa experiência me tem possibilitado perceber com muita nitidez o grande desafio que representa para os hospitais o cumprimento dos padrões relativos aos direitos dos pacientes, incluindo o acesso ao prontuário, o consentimento informado e diversos outros, mas em especial aqueles referentes à participação do paciente no processo decisório sobre seu próprio cuidado.

Independentemente do perfil do hospital e de seus profissionais, é sempre intensa a polêmica quando se trata de questões relativas à autonomia do paciente, como se pode perceber na fala enfática de um dos líderes de um hospital, no início de sua preparação para acreditação: *“quando o paciente escolhe o médico é porque ele confia naquele médico, não há necessidade de estar perguntando a ele se concorda com o tratamento; isto está implícito!”*.

Ou na fala de uma médica de outro hospital, a respeito do direito do paciente de acesso ao seu prontuário: *“então agora vamos ter que ter muito cuidado com tudo aquilo que escrevemos no prontuário”*.

2.3. Concepções de médicos e pacientes sobre qualidade do atendimento médico

Durante as entrevistas com os médicos e com os pacientes, buscamos explorar a questão da qualidade do atendimento médico, para tentar apreender a lógica utilizada por eles para definir qualidade, bem como os aspectos por eles considerados como atributos essenciais ao atendimento de boa qualidade.

Ao se introduzir na conversa o tema “qualidade do atendimento médico”, os médicos, a princípio, associavam sempre qualidade do atendimento aos aspectos da relação médico-paciente. De modo geral eram mencionados, em primeiro lugar, os aspectos classificados como pessoais, ligados ao médico, tais como: personalidade do médico, compaixão, sensibilidade, respeito pelo paciente, disponibilidade interna, pontualidade, dedicação, capacidade de comunicação, interesse pelo paciente e gosto pela profissão. Os aspectos técnicos tiveram sua importância reconhecida, porém, nunca eram mencionados isoladamente e nem em primeiro lugar.

Os pacientes também mencionavam, quase sempre em primeiro lugar e de forma enfática, os aspectos pessoais do médico e da relação médico-paciente. Ao mesmo tempo em que enunciavam os aspectos positivos, que consideravam essenciais ao atendimento médico, buscavam sempre, em suas falas, fazer um contraponto, exemplificando com situações negativas, trazidas à lembrança através de vivências anteriores, suas ou de familiares e amigos, estabelecendo eles próprios, de certa forma, um raciocínio dialético.

“Primeiro, a atenção, né, do médico. Tem médicos que não dão nenhuma atenção. Então, eu questiono, eu analiso, é...o procedimento do médico para saber se é uma...se... é lógico, se não é apenas uma coisa comercial, porque hoje em dia também existe esta parte, não é? Os médicos – a gente vai pelo plano de saúde, então...eles, como estão ganhando pouco através das consultas, às vezes pedem exames desnecessários” (Patrícia).

Esse tipo de dúvida sobre a profissão médica, por parte dos pacientes, também foi relatado por Marmoreo (1998) e é motivo de preocupação para os médicos, em relação à sua imagem, o que pode explicar, em parte, a dificuldade que os médicos têm, de estabelecer preços e mesmo de realizar a cobrança por seus serviços.

O cuidado demonstrado pelo médico e o tempo disponível para um atendimento atencioso, foram referidos por todas as pacientes como essenciais à boa qualidade desse atendimento.

“Primeiro o cuidado que ele tem na hora de examinar, se é um... um médico que tem a atenção que você gostaria que ele tivesse, que explica, que esclarece todas as suas dúvidas, porque... é claro que tem que ter horário, porque existem trocentos outros pacientes aguardando. Mas que não seja uma coisa tão breve que você saia do consultório ainda com muitas dúvidas, não é?” (Paula).

A eficácia do tratamento e a competência técnica do médico, embora reconhecidas pelos pacientes como questões importantes, dificilmente eram mencionadas espontaneamente antes dos aspectos associados à relação médico-paciente; algumas vezes só eram trazidos à discussão quando perguntados especificamente pelo entrevistador.

Chegamos a questionar, durante a leitura dos primeiros textos, se a explicação para isto não poderia estar na ordem natural dos eventos passados durante a consulta: primeiro a paciente é recebida pelo médico, é estabelecida uma conversa inicial e finalmente são abordados os aspectos técnicos do atendimento. Pudemos constatar, entretanto, que não raro a paciente era capaz de permanecer durante muitos anos com o mesmo médico, apesar de não considerá-lo especialmente competente, mas por ser ele um médico “humano”, “atencioso” e “agradável”, além de já conhecê-la há muito tempo, demonstrando valorizar muito mais os aspectos humanísticos da relação médico-paciente do que os aspectos meramente técnico-científicos do atendimento.

“Eu acho que a qualidade do atendimento médico é uma pessoa não só cientificamente correta ou que acompanha as coisas, ou que está atualizada, que por sinal esse meu ginecologista eu tenho certeza que não estava mais atualizado há algum tempo, mas ele tinha um lado... Ele era um bom médico. Ele era meu amigo, era humano, a gente conversava, quer dizer, era uma amizade. Mas lógico que ele não era uma pessoa da super, última atualização. Mas eu acho que qualidade é isso. Não é uma pessoa só atualizada, não é?” (Piedade).

É possível que esse tipo de atitude do paciente esteja relacionado à natureza da consulta: sendo um atendimento considerado pelo paciente como “apenas preventivo”, não haveria necessidade de dispor de um profissional de reconhecida competência técnica. Em se tratando de uma doença grave, talvez o critério de escolha fosse outro. Esse tipo de comportamento pode ser ilustrado inclusive através de relatos de mães que levam seus filhos regularmente ao pediatra do convênio para a consulta de puericultura, “só para pesar e medir” e, quando a criança adoece, decide pagar o preço da consulta do pediatra “particular”, por associá-lo à maior competência e, portanto, maior segurança.

Voltamos a essa questão com as pacientes e confirmamos a baixa valorização do aspecto competência profissional, para atendimentos considerados rotineiros, com objetivo de prevenção, como se de fato para esses tipos de situação o conhecimento técnico fosse menos necessário.

“A minha filha teve um problema e essa médica não... não foi muito competente para descobrir o que ela tinha. Agora, como eu não tenho nenhum problema de saúde, então eu só vou lá para ver se está tudo bem... Agora, se de repente, entra um caso em que eu precise fazer uma cirurgia, eu vou ter que ouvir outros médicos. Aí se ela me pedir alguma coisa assim, que fuja à rotina, aí eu já, realmente vou ter que procurar saber se é isto mesmo” (Patricia).

Esse juízo parece ser, até certo ponto, partilhado pela própria classe médica, incluindo gerentes, quando, no planejamento organizacional, priorizam a atividade desenvolvida por especialistas, em detrimento do atendimento ambulatorial. É razoavelmente comum a queixa entre os médicos que atendem pacientes no ambulatório, que chegam a associar a baixa qualidade do atendimento à desmotivação dos médicos, relacionada à baixa valorização de sua atividade, pelos gerentes. Tudo indica que, apesar de todas as políticas dirigidas à preservação da saúde e prevenção da doença, ainda existe grande dificuldade de incorporar esses valores a uma cultura que sempre foi de valorização da doença.

É interessante notar como os pacientes podem conferir um caráter de historicidade ao seu juízo a respeito do médico, não apenas quanto à competência, mas também quanto aos aspectos éticos da profissão. Muitas vezes esses aspectos, ligados à historicidade das atitudes e comportamentos, também se misturam aos aspectos contextuais. Uma paciente de baixo poder aquisitivo pode desistir do atendimento no SUS devido à dificuldade de conseguir marcar uma consulta, e decidir procurar atendimento particular, em uma “clínica

de associados”, por acreditar que o acesso será mais fácil. Após a consulta, entretanto, ela se frustra, ao descobrir que acesso à consulta não implica necessariamente resolução do problema e, em sua crítica, identifica determinados tipos de médicos: os “médicos de clínica”.

A alcunha “médicos de clínica” é utilizada, nesse caso, pela paciente, para se referir a um grupo de profissionais que, inseridos em determinado contexto, aceitam trabalhar em condições de trabalho desfavoráveis, com baixa remuneração, e acabam assumindo um tipo de comportamento identificado pela paciente como pertencente a uma “classe” de médicos: médicos que não conversam mais com os pacientes e que não realizam mais o exame físico, limitando-se agora a prescrever, com base apenas na queixa principal.

“A maioria desses médicos de clínica não é? Antigamente eles examinavam, né? A gente deitava naquela cama lá, eles examinavam, escutavam, tiravam a pressão. Agora, não. Não é só comigo, não. Muita gente, eu já tenho escutado falar que os médicos agora não examinam mais. A gente chega, diz o que está sentindo: – ‘O quê que está sentindo? É assim, assim, assim’. Aí eles vão lá, passa a receita e pronto” (Pilar).

A tendência de tipificar os indivíduos e reuni-los em classes foi identificada também nas entrevistas com os médicos, ao se referirem tanto aos pacientes quanto aos próprios médicos. Os pacientes são classificados em “pacientes do serviço público” e “clientes do consultório”, admitindo esta última classe pelo menos duas subclasses: “clientes particulares” e “pacientes de convênio”. Dentre os pacientes de convênio, ainda podem ser identificadas certas castas: pacientes de convênios de nível superior, por cujo atendimento os médicos recebem remuneração maior, e que lhes permite maior flexibilidade quanto à realização de exames e escolha de hospitais, no caso de cirurgias; e pacientes de convênios mais “populares”, cuja tabela de honorários corresponde aos valores mínimos, e que, além disso, impõe maior restrição quanto à utilização de serviços complementares.

O perfil da clientela também foi associado à satisfação pessoal, que na atividade de consultório, aparece em íntima associação com a satisfação profissional. O consultório é o local de trabalho do médico e fonte do seu sustento. A prática de consultório foi referida como uma atividade cansativa, devido ao alto nível de atenção requerida e elevado grau de responsabilidade envolvida: *“Às quintas-feiras que é... que é o dia que eu mais atendo, eu saio morta de cansaço do consultório!” (Miriam).*

Esse cansaço pode ser amenizado se o consultório for também uma atividade agradável, em que o médico, recebendo pessoas do seu nível social e intelectual, pode trocar experiências, contar histórias e conversar sobre assuntos “*que nada têm a ver com Medicina*”. Quando isto não é possível, por constrangimento do tempo ou devido ao perfil da clientela, ao final do dia ele pode se sentir ainda mais tenso e cansado. Esses aspectos foram relatados espontaneamente nas primeiras entrevistas, a propósito da conversa sobre o tempo da consulta, quando os médicos se referiram à necessidade de um tempo maior, não apenas para orientações específicas aos pacientes, mas também para “*socializar*”.

“Dependendo do plano, acaba caindo também o padrão da sua clínica. Ai é complicado prá gente, porque, por exemplo, eu acho que o grande barato do consultório é a troca. Eu gosto do papo que não tem nem nada a ver com a medicina, você está entendendo? Agora, como é que eu vou trocar com esse tipo de paciente, você não tem o que trocar!... E aí fica uma coisa muito mecânica, entendeu?” (Marcia).

Explorando o assunto nas entrevistas subseqüentes, de modo geral, os médicos concordaram que a prática de consultório pode ser uma atividade muito estressante, mas que também pode ser bem interessante e prazerosa, quando existe um relacionamento agradável com os clientes, de amizade mesmo.

Boltanski (2004, p.53), analisando o comportamento do médico e seu relacionamento com o doente em função da classe social, também observou que nas classes superiores, o doente pode suscitar o interesse do médico e mesmo sua amizade, chegando a freqüentar a sua casa, “porque eles falam a mesma linguagem, têm os mesmos hábitos mentais, e utilizam categorias de pensamento semelhantes”.

Médicos e pacientes concordam que o bom médico é aquele que, “*em primeiro lugar, gosta do que faz*” – o que indica uma visão romântica acerca da profissão médica. Os pacientes gostam de ser atendidos por médicos educados, simpáticos, agradáveis e “*bem apresentados*” e podem ser bastante rigorosos em suas críticas, utilizando expressões como médico “*sisudo*”, “*médico mal-encarado*” ou ainda médico “*relaxado*”, quando essas expectativas não são atendidas. Por outro lado, quando satisfeitos, podem se referir aos seus médicos com orgulho, como exemplos de indivíduos atentos à própria saúde, pessoas vaidosas, elegantes, e que “*se cuidam*”.

“Essa médica, ela é glamurosa, é um tipo muito engraçado; uma moça bonita, tem dois filhos. Então ela participa das coisas. Ela se cuida, se trata. Então quando você vai lá conversar com ela e ela diz as coisas, você vê que ela está por dentro” (Poliana).

Os médicos parecem estar atentos a esses aspectos e observa-se uma preocupação em atender a essa expectativa, o que pode ser evidenciado, por exemplo, através da decoração cuidadosa do consultório e das vestimentas do médico, de gravata e “jalecão”. Ao mesmo tempo em que se apresentam elegantemente trajados, estão também paramentados, com o “manto hipocrático”, marcando bem o seu lugar, de médico, na relação.

Por outro lado, a atitude de “superioridade” do médico perante o paciente também foi citada, em diversos momentos, como obstáculo à boa qualidade do atendimento, por constituir fator de distanciamento, que acarreta dificuldades na comunicação entre o médico e o paciente. Uma das falas mais representativas foi a de um médico que, referindo-se a um colega de trabalho, manifestou sua completa indignação ao ser “alertado” por esse colega, de que a cadeira do médico deveria ser mais alta do que a do paciente, para representar a diferença de nível entre os dois, evidenciando a superioridade do médico.

“O médico tem que ser sempre colocado acima do nível da paciente; ele tem que olhar para a paciente de cima para baixo e a paciente de baixo pra cima. Eu achei aquilo uma coisa horrórosa!” (Marcelo).

É no consultório particular que o médico se percebe como profissional liberal: lá ele estabelece as regras, os horários de trabalho, o número de pacientes, a duração da consulta, seus horários de chegada e de saída e por vezes até o tipo de pacientes que vai atender. Paradoxalmente, é onde ele se sente verdadeiramente pressionado, tanto pelo grau de exigência do paciente em relação ao seu desempenho, quanto pelos mecanismos de controle das operadoras de planos de saúde.

Essas questões podem variar conforme o tipo de vínculo com as operadoras. Quando o médico atende pacientes no seu consultório, o nível de controle parece ser diferente; o médico consegue ter autonomia para administrar o número de pacientes, o tempo da consulta e o seu horário de trabalho. Entretanto, dependendo do grau de relacionamento do médico com o convênio, a frequência de comparecimento dos pacientes

à consulta, as solicitações de exames e até os laboratórios e locais de internação podem ser controlados pelas operadoras.

Outro aspecto revelado nas entrevistas, também relativo à interferência da variável “plano de saúde” na relação médico-paciente, foi a descontinuidade do atendimento pela “mudança do plano”, que acarreta a frustração de ambos, médico e paciente. Os pacientes se mostram insatisfeitos porque, ao escolherem determinado plano de saúde, o fazem com base nos profissionais que integram o corpo clínico credenciado e de repente percebem que os referidos médicos não mais fazem parte daquele plano.

“De repente, eu ingresso num plano de saúde porque eu vou direto saber quem são os médicos credenciados. Isso para mim é o que importa. E depois o plano de saúde acaba com esses contratos. Eu me sinto enganada. Por quê? Continuo pagando a mesma coisa, quando eu não tenho mais aqueles profissionais atuando no plano de saúde. Eu acho isso muito ruim, não é?” (Pérola).

Os médicos, por outro lado, se ressentem também da perda dos pacientes vinculados a determinado plano de saúde, por motivo de descredenciamento ou de mudança de plano, por iniciativa do próprio paciente. O seu vínculo não é com o paciente, é com o plano de saúde; é à empresa que ele presta serviços, e não ao paciente.

“Porque um grande problema que a gente vem sentindo todos esses anos é que quando a paciente muda de plano, ela muda de médico. Então você constrói, porque o processo da clínica é construtivo, você constrói através da sua dedicação, competência ou não, a sua clínica. De repente você perde a cliente, quer dizer o plano de saúde, entendeu? Porque a paciente não é nossa, a paciente é do convênio, não é?” (Maurício).

O poder aquisitivo do paciente pode determinar graus diversos de expectativa e, acima de tudo, capacidades diferenciadas de negociação. Na rede pública, a enorme dificuldade de acesso ao atendimento pode explicar o grande número de pacientes satisfeitos, conforme verificado em pesquisas de satisfação aplicadas em pacientes do ambulatório ou durante sua estada no hospital. Muitas vezes o que acontece é que esses pacientes, por se sentirem privilegiados e gratos por terem conseguido o atendimento, não chegam a avaliar a qualidade desse atendimento, ou por não se sentirem capazes ou por não considerarem justo ou pertinente.

Diferentemente do atendimento na rede pública, que é considerado por muitos pacientes como gratuito, no setor privado o paciente está pagando diretamente por um

serviço, que ele espera que seja de ótima qualidade e, portanto, o nível de exigência é mais alto. Além disso, como se trata em geral de pessoas de nível sociocultural mais elevado, a relação é menos desigual, a argumentação é mais fácil e os mecanismos de cobrança também são muito mais eficazes, até porque a remuneração do médico depende diretamente do número de clientes que ele atende. Como seus clientes têm outras opções, o médico precisa se preocupar também não apenas em captar novos, mas principalmente em manter os clientes antigos satisfeitos, até porque são eles sua principal fonte de referência para novos clientes. Tudo isso influi no comportamento de médicos e pacientes, determinando padrões de relacionamento distintos e visões também diferentes do que venha a ser um atendimento de boa qualidade.

Quando se referem aos próprios colegas, os médicos também identificam subculturas, segundo o *status* profissional, o perfil da clientela, o tipo de atividade exercida e até o local de trabalho do médico.

De acordo com Helman (1994), essas divisões podem ocorrer em toda sociedade complexa, de várias formas e em seus diversos segmentos, observando-se várias subculturas profissionais. No caso da profissão médica, sua subcultura reflete muitas das diferenças sociais e preconceitos da sociedade, o que pode interferir tanto na atenção à saúde como na comunicação médico-paciente.

Identificamos, de forma geral, um sentido pejorativo nessa classificação: “médicos de INAMPS”, “médicos de ambulatório”, “médicos de emergência”, “médicos de convênio”. O tipo de discurso pode às vezes adquirir tom indignado, como quando um dos entrevistados se referiu a “esses médicos da Emergência”, para identificar uma classe de médicos que, embora atendendo pacientes em situação de sofrimento agudo, não se sensibilizam com seus problemas de saúde e não são capazes de prestar um atendimento atencioso e com compaixão. *“Esses médicos da Emergência... você vê cada coisa... não sei como é que não tem um mínimo de sensibilidade com os pacientes, de piedade, sabe?”* (Mauro).

A questão da pontualidade e sua associação ao tempo disponível para a consulta foi tratada em diversos momentos das entrevistas, a propósito de discussão sobre temas diversos, e esteve sempre associada ao contexto, enfatizando diferenças entre o

atendimento prestado à paciente “particular”, à paciente “de convênio” e à paciente do serviço público.

No consultório particular, a pontualidade é considerada símbolo de diferencial de qualidade, associado ao nível de exigência da paciente. Os médicos que trabalharam durante muito tempo atendendo pacientes através de planos de saúde e atualmente só atendem pacientes particulares, expressaram sua insatisfação com o baixo valor da remuneração recebida e alegaram ter desistido de atender esse tipo de clientela, devido ao tempo restrito e à dificuldade de dar atenção ao paciente, como fatores de influência na qualidade do atendimento e, portanto, na satisfação do paciente.

“Bom, atendimento de boa qualidade, primeiro é a paciente ser atendida no horário, ter uma tolerância no máximo de quinze minutos, coisa que eu consigo manter no consultório porque a clientela não é tão grande assim. Mas é... era grande o problema meu quando eu tinha convênio. Eu achava falta de respeito você agendar uma paciente, por exemplo, lá para umas quinze, dezesseis horas e atender uma hora depois” (Marcelo).

Por outro lado, é evidente a contradição entre a valorização das questões de pontualidade, tempo da consulta e atenção ao paciente, citadas pelos médicos como indicadores de qualidade, e a definição da duração da consulta, sempre insuficiente. Embora os médicos concordem que meia hora não é tempo suficiente para um atendimento de boa qualidade, e que este é o motivo dos freqüentes atrasos, a maioria continua trabalhando na mesma lógica, isto é, marcando consultas de meia em meia hora.

“A minha marcação é de meia em meia hora, meia em meia hora, é... tenta-se em meia hora dar algumas explicações. Infelizmente não dá e muitas vezes ultrapassa a meia hora não é? (Maurício).

Diversos fatores podem interagir e determinar esse tipo de comportamento. A falta de pontualidade no atendimento nos consultórios médicos já faz parte do senso comum; os pacientes sabem que os médicos atrasam. A maneira como respondem a isto, o grau de (in)tolerância e o nível de insatisfação manifestada pelo paciente podem variar com diversas outras características do atendimento. Contanto que o atraso não ultrapasse determinados limites variáveis e estabelecidos pelo paciente em cada situação, é comum que a irritação manifestada na sala de espera se desfaça completamente após a entrada no consultório, mediante um atendimento médico cortês e competente.

Além disso, o juízo que os pacientes fazem a respeito da profissão médica também pode torná-los mais ou menos tolerantes com a falta de tempo do médico. Na verdade, a pontualidade não é a única preocupação do paciente; o aspecto que parece preocupar mais o paciente é a duração da consulta e principalmente a disponibilidade do médico para ouvir suas queixas e interessar-se por ele, dar-lhe atenção. Sabendo que o médico está atrasado, o paciente também pode ficar constrangido e até resumir a sua história, fazendo uma seleção das queixas, para abreviar o tempo da consulta. Dependendo da relação que ele tem com o médico e até mesmo do juízo que faz sobre a profissão médica, ele pode ficar irritado e até mudar de médico, ou pode, em alguns momentos “perdoar” o médico, justificando seu atraso com o fato de ele ter que atender muitos pacientes, devido à baixa remuneração.

“Quer ver uma coisa que deixa qualquer paciente nervoso? É consultório cheio. Porque quando você entra, já sabe que não pode demorar. Já entrou atrasado, tem que ser rapidinho. Então você já entra ali, então aquilo ali que você... você já deixa para a próxima. ‘Não, deixa que isso aí é bobagem’. Você passa a classificar tudo como bobagem. Isso tudo porque...pela necessidade às vezes do próprio médico de ter o seu consultório dentro da nossa realidade, dele ter que atender o número de pacientes... até porque... porque ele tem que manter aquilo ali também, não é? Esses planos de saúde pagam muito mal aos médicos, essa é que é a verdade...o médico, coitado...” (Pérola).

Todos esses aspectos também influem no comportamento do médico, em sua lógica de marcação de consultas e no exercício do poder justificado pelo bom senso e pela necessária flexibilidade, traduzidos em “tempo útil” da consulta. Ele espera que o paciente seja “paciente”, que compreenda que a agenda do médico precisa ser flexível, devido aos imprevistos e emergências inerentes à profissão, e que como cada paciente tem necessidades diferentes, cada consulta tem um tempo diferente também, e que quando chegar a sua vez, o tempo será “todo dele”.

“Eu acho que consulta é tempo útil, entendeu... tem paciente que vai precisar de uma hora, tem que paciente que vai precisar de meia, tem paciente que vai precisar de vinte de... entendeu? Isso não é uma coisa fechada. Quando eu tiver que atrasar, eu vou atrasar. Mas a paciente que está lá fora, ela sabe que quando ela entrar, o tempo vai ser todo dela, entendeu? E ela vai ter o tempo disponível” (Marcia).

Equilibrar-se nesse movimento é um grande desafio e motivo de ansiedade para o médico, que acaba não conseguindo dar conta de todas as tarefas que dele são exigidas na

atividade de consultório. Isto o coloca na difícil situação de ter que administrar as reclamações de pacientes, devido a atrasos e telefonemas não retornados, além da perda de clientes insatisfeitos com o não-atendimento de suas expectativas quanto à atenção recebida. Por vezes a resposta parece incoerente: ao invés de tentar rever o tempo da consulta, o médico utiliza um mecanismo de considerar “normal” o atraso no consultório, embora sofrendo as conseqüências do estresse causado por esse tipo de situação. É importante mencionar que os médicos que aumentaram o tempo da consulta referiram que agora se sentem muito mais tranquilos e não se arrependem da mudança.

Na rede pública, em geral o atendimento não é feito com hora marcada; os pacientes são agendados para o turno, chegam todos cedo e são atendidos por ordem de chegada. Embora já exista uma orientação para agendamento por horário, a mudança de fato ainda não aconteceu de forma plena. O paciente já conhece intimamente o funcionamento da instituição e sabe que, mesmo marcado para o final da tarde, pode conseguir ser atendido mais cedo e, por outro lado, se chegar na hora marcada, existe a possibilidade de não ser atendido porque o atendimento já “se encerrou”.

*“Aqui elas têm que esperar mesmo, porque elas chegam praticamente todas no mesmo horário. A gente marca para voltar, você bota o horário e o computador marca, mas elas sabem o horário que você chega e vem naquele horário mesmo, para serem as primeiras, entendeu? Então no fim acaba esperando mesmo”
(Marta).*

Atenção e real interesse em ajudar o paciente foram mencionados por todas as pacientes entre as expectativas em relação ao atendimento médico. A disponibilidade para atender o paciente, não apenas durante a consulta, mas também em outros horários, para esclarecimentos de dúvidas ou atendimentos de urgência, também foi valorizada pelos pacientes, que demonstraram de várias maneiras, e através de vários exemplos, sua insatisfação com a falta de disponibilidade do médico.

Embora sejam capazes de reconhecer as dificuldades dos médicos, que vêem como indivíduos sempre muito ocupados, também consideram a disponibilidade para o paciente como essencial à profissão médica, associando-a, portanto, ao interesse do médico pelo paciente e gosto pela profissão.

Os médicos também citaram esses fatores como essenciais à qualidade do atendimento, sempre exemplificando com fatores que “desqualificam” a profissão. De

modo geral, foram bastante críticos em relação à qualidade do atendimento, tanto no que se refere aos aspectos técnicos da consulta, quanto à ética profissional. Ao mesmo tempo, procuravam explicar essas “falhas”, através de questões contextuais, em alguns momentos atenuando a culpa do médico e, de alguma forma, justificando-a pelas condições de trabalho adversas que os levavam ao mau desempenho profissional e até ao adoecimento.

“Espera aí... mas vamos... vamos tirar isso do profissional. Porque o profissional hoje, o quê que foi estudado? Que uma das profissões que atualmente tem mais hipertensão, que tem mais depressão... é a classe médica sim. Por quê? Nós vivemos, exatamente essa problemática. Primeiro falta de tempo de atualização, não é? Isso é um problema muito grande para nós profissionais. Não há tempo. Por quê? Hoje a velocidade do conhecimento é muito grande não é isso? Só que cada vez mais nós ganhamos menos e vem todo aquele processo ...maior número de empregos, maior atendimento, isso... desqualificando um pouco a profissão. Porque esse profissional, ele é angustiado sim, porque não tem condições muitas vezes de exercer, não a medicina ideal mas às vezes até aquela medicina mais simples. Não tem” (Maurício).

Aspectos relacionados à formação médica também foram citados espontaneamente pelos professores entrevistados, na forma de crítica aos modelos curriculares atuais, assim como a influência sobre os alunos, dos “maus exemplos” dados pelos seus pares (professores). A questão da formação médica restrita aos aspectos técnicos foi associada a uma possível fragilidade da atitude profissional. Dessa forma o médico, carente de uma formação mais sólida, ficaria mais sensível à influência da cultura de cada instituição.

“Nós temos que ter uma formação muito mais ampla do que apenas aquela científica. Teria que ter alguma matéria relacionada à parte humana, um pouco de psicologia, um pouco de filosofia [...] Entendeu? [...] Isso é uma grande falha do currículo. Quer dizer, aí, não tendo a matéria especificamente, sendo uma coisa só de convivência, de osmose, ele pode ser deturpado mais adiante, numa convivência ruim. Entendeu? Quer dizer, eu acho que se fosse assim uma coisa mais firme, tipo uma matéria, uma coisa que ele tivesse que realmente ler e tudo, se ele entrasse num ambiente hostil, um ambiente diferente do que ele aprendeu, ele teria armas pra lutar contra aquele tipo de relacionamento médico-paciente” (Marília).

É interessante notar que, embora três dos entrevistados fossem professores com atividades em nível de graduação, nenhuma menção foi feita às práticas inovadoras ou às propostas de mudanças curriculares implantadas mais recentemente, em que se identifica,

além da competência técnica, a valorização de temas como a humanização e a subjetividade. É possível que a referência se faça com o modelo que conhecem bem, ou seja, o de sua própria graduação, ou talvez aquele, de acordo com o qual exercem sua prática há muitos anos.

Diversas situações poderiam explicar esse aparente desconhecimento ou não-reconhecimento de mudanças, desde a ausência dos profissionais aos foros de discussão acadêmica, por falta de tempo ou motivação, até a ausência real de mudanças, por questões relacionadas à cultura ou aos modelos de liderança da instituição.

Em estudo sobre a função docente em medicina e a formação educacional permanente do professor, Batista (1998) verificou que o perfil do docente de Medicina revelava o exercício da docência como atividade complementar à profissão médica e comenta que isto, regra geral, é visto como um problema. Mas, por outro lado, a dedicação exclusiva dos docentes também não tem garantido a melhoria da qualidade da educação médica. O autor chama a atenção para a importância da consolidação de um processo de educação permanente do corpo docente, incorporando instrumentos e estratégias mais adequados e mais capazes de responder às demandas atuais de formação de médicos com maturidade profissional e social, que não se limitem à concepção linear e simplista da racionalidade técnica, mas que incorporem também a dimensão da prática diária, com suas singularidades e subjetividades. E mais: que essas estratégias só poderão dar frutos se incluírem processos apropriados de avaliação de toda a atividade médica docente-assistencial, em todos os locais onde ela é praticada.

Os “maus exemplos” referidos pelos médicos eram associados quase sempre a atrasos e ausências dos profissionais às suas atividades institucionais.

“O quê que eu noto nos internos aqui? Eles já estão realmente desapontados com a medicina como um todo. O mau exemplo vem desde o primeiro ano. É o professor que não prepara aula, que não chega na hora, são aulas mal dadas, etc. E dentro das enfermarias, eles ficam sozinhos. Não tem o preceptor que chega dez para as oito e sai meio dia e dez. É muito raro. Conta-se nos dedos. É uma turma que não tem horário, uma turma que quer correr, quer acabar, atender e ir embora, essa é a verdade. Essa é a verdade. Não tem como esconder isso. Entendeu? Então durante o próprio curso de medicina eles já são mal educados em relação à profissão. Principalmente pela falta de exemplo” (Maurício).

Essas falhas são, em geral, atribuídas ao fato de estarem esses médicos sempre muito ocupados com atividades externas, por serem médicos bem-sucedidos e, portanto, modelos a serem seguidos.

A complexidade da questão se faz evidente quando, por outro lado, também são referidos exemplos de profissionais exclusivamente dedicados à instituição, mas sem a vivência da prática clínica, que aparentemente só a atividade de consultório pode garantir. Embora alguns médicos tenham proposto a redução da jornada de trabalho como solução para esse problema, os mesmos profissionais reconhecem a dificuldade dessa solução na prática, devido à baixa remuneração profissional e, ao mesmo tempo, graças aos acordos institucionais que permitem o não-cumprimento da carga contratual de trabalho.

Por outro lado, o médico também trata de alguma forma de defender a categoria, ao atribuir a responsabilidade às falhas da instituição.

“Mas a ética não está só no profissional. Se eu trabalho numa instituição, e ela não me dá as condições para atender bem o paciente, de quem é o erro? É do profissional que atendeu ou da instituição que fracassou?” (Maurício).

Um aspecto que nos chamou a atenção, de modo particular, foi o não reconhecimento da adoção de protocolos clínicos como essenciais à qualidade do cuidado. Apesar de as sociedades científicas e as entidades de classe, como o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e diversas associações de especialistas estarem já há alguns anos trabalhando ativamente no sentido de elaborar, divulgar e recomendar a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, nenhum dos médicos entrevistados mencionou espontaneamente o uso de protocolos.

Ao serem questionados especificamente sobre a adoção de protocolos como instrumento de trabalho útil à tomada de decisão e à melhoria da qualidade do cuidado, apenas três médicos lhe atribuíram importância, sendo os três vinculados a alguma instituição de ensino e ocupando funções de liderança na instituição. Os demais admitiram não adotar protocolos clínicos em sua prática diária e as razões apontadas variaram significativamente com o perfil do médico e o tipo de vínculo profissional (instituição pública ou consultório particular).

É difícil discernir aspectos ligados aos profissionais dos aspectos institucionais. Por um lado, conforme observado por Friedson (1972), em seus estudos sobre a profissão

médica e também expresso nas falas dos médicos aqui entrevistados, os comportamentos e as atitudes dos médicos podem variar consideravelmente em função da instituição onde trabalham.

Além disso, diferentes indivíduos submetidos às mesmas condições de trabalho podem reagir de formas diversas. Esta argumentação foi utilizada por diversas vezes na formulação de críticas aos colegas, que, expostos às mesmas condições adversas de trabalho, assumem posturas antagônicas.

O discurso de uma médica, chefe de serviço, ao mesmo tempo em que procura evidenciar as diferenças pessoais, atribuindo as diferentes atitudes ao “jeito de ser” da pessoa – ou seja, de cada médico, em particular – também revela aspectos da cultura institucional. Embora ocupando um cargo de chefia, persiste buscando soluções para as questões institucionais, na lógica do “jeitinho”, devido à sua descrença nos canais institucionais. Assim, por exemplo, para conseguir marcar exames não disponíveis no serviço que chefia, recorre a amigos de outras instituições, na tentativa de conseguir a vaga, como um favor pessoal.

“Eu acho que é mais da pessoa mesmo que está ali, não é? Apesar das nossas dificuldades no serviço público, a gente já tem até aquela [...] quando um paciente que precisa de um tratamento mais, né? Ou uma cirurgia, ou uma coisa que a gente não tem aqui para fazer, aí a gente fica pedindo pelo amor de Deus ao colega que trabalha não sei onde, telefona, manda bilhetinho, e assim a gente vai conseguindo as coisas porque pela... pelo canal natural a coisa é meio complicada, não é?” (Marta).

Da mesma forma que acredita estar buscando a eficiência, da melhor forma possível, por outro lado, ela não acredita na possibilidade de mudança de comportamento, expressando seu desânimo com a profissão, devido ao alto nível de responsabilidade e baixa remuneração.

“Às vezes eu brinco, digo assim: ‘vou vender coco na praia, porque pelo menos a minha cabeça não vai estar’ [...] né, porque você se preocupa, você tem uma porção de responsabilidade, você tem uma porção de coisa na sua cabeça e no final a gente não... Não é... Eu fico desanimada com a nossa [...] o nosso poder aquisitivo que cada vez está... né, eu acho que isso [...] salário e esse negócio de plano de saúde [...] A despesa da gente aumenta e o plano fica ali pagando o que eles querem [...]” (Marta).

A dificuldade de tempo para estudar apareceu, de forma consistente, em diversos momentos das entrevistas. Algumas vezes foi manifesta a crítica aos colegas que nem conhecem os protocolos e não procuram atualizar o seu conhecimento, por acomodação, preguiça e desinteresse.

Entretanto, o problema maior parece ser a dificuldade do médico para se manter atualizado, por falta de tempo, devido à baixa remuneração profissional, que o obriga a ter vários empregos e atender um número de pacientes maior do que o desejável, prejudicando a qualidade do seu atendimento e a sua qualidade de vida. Assim sendo, torna-se muito mais fácil ouvir o que o representante da indústria farmacêutica recomenda, ou mesmo recorrer à bula dos remédios.

“Pô, é uma vida dura de médico, a gente não tem tempo pra nada... Eu vou chegar em casa, eu quero conversar, eu quero me distrair, eu quero ver uma televisão, não vou pegar livro para estudar, não é? Ai eu quero saber de alguma coisa, vou e vejo no DEF!” (Marcos).

Ao se analisar esse tipo de situação com um pouco mais de profundidade, percebe-se que certos aspectos mencionados como “pessoais” podem de fato refletir questões de gerenciamento da instituição, traduzidas na falta de uma liderança efetiva, que garanta mecanismos de educação, qualificação e valorização dos profissionais que ali trabalham. Os médicos não se atualizam, porque a eles é facultado esse “direito”, em detrimento do direito do paciente ao atendimento de boa qualidade. Por outro lado, falta-lhes motivação para mudar, por considerar o seu trabalho subvalorizado pela instituição. Isto é mais crítico nas instituições de ensino, onde os médicos comumente se queixam de que só o valor da atividade de pesquisa é reconhecido. Além disso, na maioria dos casos, a qualidade do cuidado ao paciente não é monitorada e a avaliação do desempenho profissional raramente é cogitada.

Certos aspectos institucionais e ligados à importância dos processos de avaliação de serviços para a melhoria da qualidade são identificados pelos médicos e atribuídos à falta de envolvimento dos profissionais com os processos de melhoria da qualidade na instituição. A perspectiva dos médicos que ocupam ou que ocuparam durante muito tempo funções de chefia no serviço público revela esses aspectos ligados à eficiência do atendimento e à qualidade da administração na instituição, incluindo a influência dos aspectos políticos no modelo gerencial.

“Quando nós falamos na instituição, esta instituição é antiética quando não permite ao profissional, dentro dos conhecimentos atuais, com exames adequados, atender o paciente. Por quê? Nem os próprios pares analisam a instituição. Por quê? Porque todos nós queremos simplesmente trabalhar na instituição e não analisá-la na sua profundidade. Porque chefiar, muitas vezes é contrariar interesses. Ora, como é que eu vou contrariar interesses se eu preciso ser eleito? Por isso que surgiu agora... aí sim, eu acredito, uma série de movimentos para poder avaliar a instituição, a qualidade da instituição” (Maurício).

Todos esses aspectos e outros, ligados à eficiência e à qualidade do cuidado, são evidenciados objetivamente quando a instituição toma a decisão de realizar uma auto-avaliação ou uma avaliação externa por pares – como a utilizada no processo de acreditação, abordado na segunda parte deste capítulo. Nesse tipo de processo, a lógica utilizada, por exemplo, nos padrões relativos à educação e qualificação de profissionais, é a de identificação de oportunidades de melhoria visando ao planejamento de ações educativas para o corpo profissional, assim como seu monitoramento, com o objetivo final de melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

A maioria dos médicos entrevistados tinha mais de uma inserção profissional, incluindo geralmente um vínculo ao setor público e a prática em consultório particular. Isto lhes possibilitou expressar com bastante nitidez algumas diferenças estruturais, como a influência da maior ou menor disponibilidade de recursos sobre a qualidade da assistência e também especificamente sobre a adoção de protocolos clínicos.

No ambulatório da rede do SUS, a falta de acesso à propedêutica complementar e aos medicamentos foi mencionada de forma consistente, como uma barreira para a adoção de protocolos clínicos. As entrevistas evidenciam essa dificuldade e, ao mesmo tempo, levantam questões de alta relevância, como a questão da segurança da intervenção, pela falta de condições de identificação e de monitoramento do risco. Traduzem também o conflito dos médicos que, sensibilizados pelo problema trazido pelas pacientes, tentam ajudá-las de forma imediata, de acordo com uma lógica humanitarista e acabam assumindo condutas, na verdade de maior risco, quando prescrevem terapêutica hormonal sem avaliação prévia do risco, pela falta de acesso à propedêutica complementar. A discussão sobre este aspecto específico será retomada no capítulo IV, referente à decisão clínica.

A lógica empregada no consultório particular é significativamente diferente. Superadas as barreiras de acesso aos exames complementares, foram outros os argumentos

mencionados explicitamente para justificar a não-adoção dos protocolos: a existência de protocolos divergentes, refletindo a atual falta de consenso; as mudanças rápidas, dificultando a atualização dos protocolos, que não traduzem o “estado da arte”; e a necessidade de individualização dos casos, de modo a atender à necessidade do paciente. Ou seja, a lógica passa a ser a da desqualificação do protocolo: o médico não usa protocolo porque o protocolo não funciona.

“Eu não uso protocolo. Cada ginecologista, de um modo geral, tem um tipo de conduta; o meu conhecimento, ele é individual, não é? Porque apesar de não ser científico, não é, existe uma experiência que nós utilizamos sim na vida prática. É o famoso feeling. Há um feeling que nós utilizamos não é? Mesmo porque nenhum trabalho científico é completo, não é?” (Maurício).

A qualidade do atendimento no consultório médico pode estar muito mais associada ao atendimento à expectativa do paciente. No ambulatório prevalece o discurso da “integralidade do atendimento”, ou seja, é importante aproveitar a vinda do paciente ao médico para avaliar sua saúde, de forma geral. A lógica no consultório particular é a da prestação do serviço e o foco da consulta é, portanto, a solução do problema que trouxe o paciente à consulta. O importante é que o paciente saia da consulta satisfeito.

“Importante é ela chegar e você investigar a queixa dela, tentar resolver a queixa médica dela, a queixa clínica dela, não é? Eu acho que uma boa consulta é essa. O paciente tem que sair satisfeito por achar que você está interessado no assunto que levou ele até lá, mesmo que aquele assunto não seja o mais importante da... da consulta” (Miriam).

A necessidade de ouvir o paciente foi valorizada por todos os médicos entrevistados. A finalidade da conversa é que pode ter alguma diferença. A importância da conversa para intuir o diagnóstico foi consenso: na grande maioria dos casos, a anamnese é suficiente para a formulação da hipótese diagnóstica.

Ouvir o paciente pode ter também a finalidade de atender ao desejo do paciente de conversar, de desabafar, embora o médico possa considerar que, pelo menos em grande parte, o conteúdo da conversa não tenha muita relevância, do ponto de vista técnico, para a formulação diagnóstica.

“Qualidade é saber ouvir a paciente, saber escutar... Embora você às vezes, no seu filtro cerebral, você veja que setenta por cento das coisas que elas estão dizendo prá você, não interessa a você para

fazer um diagnóstico e formular uma terapêutica. Mas tem que falar, porque às vezes aquilo que a mulher [...] que ela quer desabafar, ela quer dizer aquilo que ela não pode dizer para outra pessoa e vê no ginecologista, evidentemente, um amigo [...]" (Marcelo).

Entretanto, além de ter a finalidade de agradar o paciente com sua escuta atenciosa e paciente, através da conversa ele também espera conhecer melhor o perfil psicológico da paciente e identificar suas preferências, enquanto avalia as possibilidades de atendimento a essas necessidades, obtendo assim a satisfação da paciente e também seu bom desempenho profissional.

Esses aspectos foram associados ao estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, como atributos essenciais à qualidade do atendimento e também à prevenção de problemas futuros na esfera judicial. Na visão dos médicos, esses problemas decorrem de uma mudança na forma de o paciente ver o médico, antes como salvador, agora como inimigo potencial.

É interessante notar que apenas um médico chegou a mencionar explicitamente a negociação do tratamento com a paciente como um dos atributos essenciais ao atendimento de boa qualidade. Os demais, embora tenham dado ênfase aos aspectos da relação médico-paciente – como atenção, cortesia, disponibilidade e outros –, não chegaram a abordar espontaneamente a questão da participação do paciente na decisão clínica. Todas as discussões se deram a partir do estímulo do investigador e são analisadas no capítulo IV.

O desabafo desse médico parece, de forma simples e ao mesmo tempo utópica, traduzir uma visão bastante abrangente sobre qualidade do atendimento, ao mesmo tempo em que revela o desafio que o médico precisa enfrentar, quando utiliza a imagem do malabarista para resumir as habilidades que o médico precisa mobilizar, para atingir esse objetivo:

“Então eu acho que... Eu acho que tem que ser tudo. Você tem que ser técnico, você tem que saber entender o paciente. Você tem que fazer... Você tem que ser... Você tem que ser malabarista porque você tem pouco tempo né, você tem que ser agradável, você tem que ser simpático. Eu acho que você tem que ser tudo, não é?” (Mauro).

Capítulo III – Terapêutica Hormonal no Climatério

A palavra menopausa é derivada das palavras gregas que significam mês e fim. Corresponde a um único evento: a última menstruação. Todas as mulheres que alcançam uma determinada idade, situada em geral na faixa de 45-55 anos, experimentam a menopausa. Durante a maior parte da existência humana, poucas mulheres viviam até a idade da menopausa. Entretanto, mudanças de diversas naturezas concorreram ao longo do tempo para aumentar a expectativa de vida e conseqüentemente o número de mulheres que atingem o climatério. O termo climatério corresponde a uma fase que pode durar vários anos e é classicamente dividido em pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa.

A menopausa é causada pela perda da função ovariana, sendo o evento biológico mais importante a queda na produção dos estrogênios. O período da pré-menopausa se inicia em torno dos 40 anos e, embora acompanhado de alterações endócrinas, costuma ser assintomático. Entretanto, à medida que se aproxima a menopausa e principalmente após, podem ter início manifestações mais ou menos evidentes da perda da função, tais como: irregularidades do ciclo, sintomas vasomotores e alterações psicológicas diversas.

Claro está que nem todas as mulheres são afetadas da mesma forma. Enquanto algumas mulheres percebem esses sintomas como embaraçosos e interferindo negativamente na sua qualidade de vida, outras podem não perceber esses sintomas de forma negativa e não os referirem como merecedores de tratamento.

Os sintomas psicológicos, não específicos da privação hormonal, visto que podem ocorrer fora da menopausa, têm etiologia multifatorial, podendo fatores externos, individuais e socioculturais afetar o bem-estar e a reação da mulher ao climatério.

Por outro lado, em muitas mulheres, a redução dos níveis de estrogênio é acompanhada de fogachos, suores noturnos, palpitações, vagina seca, insônia e outros sinais e sintomas, com graus variados de desconforto para a mulher, que, em virtude disto, procura o ginecologista solicitando tratamento para o alívio dos mesmos.

Diversos estudos feitos sobre o impacto dos sintomas da menopausa na qualidade de vida da mulher já mostraram que a terapêutica hormonal melhora significativamente a qualidade de vida, sendo o efeito mais significativo a melhora dos sintomas (DALEY, 1993; DERMAN, 1995; HUNTER, 1992; KARLBERG, 1995; LIMOUZIN-LAMOTHE, 1994, CAMPBELL, 1977).

A menopausa também está associada ao risco de complicações metabólicas, incluindo elevação das taxas de colesterol total e LDL e de triglicérides, assim como redução dos níveis de colesterol HDL, além de obesidade, alterações na coagulação sanguínea, no metabolismo da glicose e no risco de doença coronariana (ABRAMSON, 2002).

A incidência de osteoporose secundária aumenta significativamente após a menopausa, em decorrência da queda dos níveis de estrogênio circulante, que causa perda adicional de massa óssea, predominantemente trabecular. A deterioração da microarquitetura do tecido ósseo leva à fragilidade óssea e ao maior risco de fraturas (WHO, 1994).

Alguns anos atrás, a principal indicação médica da terapêutica hormonal (TH) costumava ser a prevenção ou o tratamento de doenças como a osteoporose, por sua capacidade de aumentar a massa óssea e reduzir significativamente a incidência de fraturas, principalmente em mulheres abaixo dos 60 anos, sendo considerada vantagem adicional o fato de a reposição hormonal estar disponível sob várias vias de administração (RADOMINSKI, 2002).

Além disso, durante muito tempo a TH também foi prescrita com a finalidade de proteção contra doenças cardiovasculares. O fundamento dessa prescrição era a possível ação benéfica do estrogênio sobre os parâmetros de risco cardiovascular. Os principais efeitos relatados eram a melhora do perfil lipídico, do fluxo vascular arterial, da pressão arterial e do débito cardíaco. A diminuição da incidência e da mortalidade por doença coronariana e a redução do risco de infarto agudo do miocárdio (IAM) e de morte por IAM, em mulheres em uso de TH, também eram benefícios sugeridos pelos resultados dos estudos de prevenção primária.

Os resultados dos estudos observacionais publicados antes do WHI apontavam, assim, significativa redução no risco relativo de doenças cardiovasculares (DCV) em

mulheres usuárias de terapêutica hormonal (HENDERSON, 1986; MENDELSON, 1999; PAGANINI, 2001; STAMPFER, 1991).

Entretanto, de acordo com os resultados da pesquisa *Women's Health Initiative* (WHI), não existem evidências que justifiquem iniciar a TH em mulheres na pós-menopausa com a finalidade exclusiva de prevenção primária da doença isquêmica coronária (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

O WHI foi um ensaio placebo controlado, randomizado, que envolveu 16.608 mulheres menopausadas, de idades entre 50 e 79 anos, projetado nos anos 1991-1992, patrocinado pelo *National Institute of Health* (NIH). O objetivo principal do estudo era certificar as experiências até então acumuladas, sobre as associações entre terapêutica hormonal no climatério e doenças coronarianas, alguns tipos de câncer (mama, colorretal, endométrio), fraturas por osteoporose e qualidade de vida entre mulheres na pós-menopausa.

As pacientes foram divididas em dois grupos, de acordo com a presença ou não de histerectomia prévia. No grupo sem histerectomia, as pacientes receberam um comprimido diário contendo estrogênios eqüinos conjugados (EEC), na dose de 0,625 mg + acetato de medroxi-progesterona (AMP) 2,5 mg, na forma combinada contínua. O grupo controle recebeu um comprimido de placebo com características semelhantes aos comprimidos do grupo de usuárias de TH. O grupo de mulheres histerectomizadas recebeu apenas EEC, na mesma dose (0,625 mg/dia) ou placebo.

Os resultados do WHI confirmaram a eficácia do estrogênio na redução do risco de fraturas osteoporóticas. Entretanto, o estudo mostrou resultados desfavoráveis sobre o risco cardiovascular: aumento no risco relativo de 29% para DCV, 41% para acidente vascular cerebral (AVC) e 100% para trombose. Além disso, evidenciou aumento no risco relativo de 26% para o câncer de mama, após 5,2 anos de uso de TH, em comparação com o grupo controle, o que motivou a interrupção do estudo em 2002, por ter sido considerado ultrapassado o limite de segurança estabelecido. Não foram observados efeitos significativos da TH sobre a qualidade de vida das usuárias. O risco relativo para demência foi de 2,05 no grupo tratado com hormônios, em relação ao placebo.

Em março de 2004, o NIH também descontinuou o estudo com mulheres histerectomizadas, em uso apenas de EEC, devido ao maior risco de AVC. Neste grupo, houve redução do risco de fraturas do quadril e o risco de câncer de mama manteve-se inalterado.

Com relação aos efeitos da TH na prevenção de doenças cardiovasculares, o estudo WHI não foi o primeiro ensaio publicado. Em 1998, foi publicado o *Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Follow-up* (HERS), um estudo prospectivo, do tipo ensaio clínico, randomizado, com 2.321 mulheres menopausadas com doença coronária preexistente (Hulley, 1998).

O principal objetivo do estudo HERS era verificar a eficácia de um regime específico de TH combinada (EEC – 0,625 mg/dia + AMP – 2,5 mg/dia) na prevenção de novos eventos cardiovasculares em mulheres com doença coronariana já estabelecida. Seus resultados mostraram risco maior de DCV entre as usuárias de TH, no primeiro ano de tratamento, após o que ele deixou de ser duplo-cego, passando as mulheres a decidir pela utilização ou não do hormônio.

Com a continuidade do estudo, verificou-se que, após o primeiro ano, não houve diferença em relação à ocorrência de infarto agudo não-fatal do miocárdio, de mortes por doença coronariana ou de outros eventos cardiovasculares, a não ser para arritmia ventricular não-fatal, que foi maior no grupo de estudo. O risco de eventos tromboembólicos foi maior no grupo de estudo.

As críticas feitas aos aspectos metodológicos dos estudos WHI e HERS se referem principalmente à média etária das pacientes envolvidas (63,5 e 67 anos, respectivamente), que estaria em desacordo com a tendência mundial de iniciar TH mais precocemente, e à aplicabilidade das conclusões do estudo a outros regimes, outras vias de administração e outras populações de usuárias (BARLOW, 2003).

Os resultados do WHI relativos ao maior risco de câncer de mama também foram questionados, por terem sido incluídas mulheres de idades sabidamente de maior risco de câncer de mama. Além disso, os resultados se referem a carcinomas invasivos, o que possibilita a formulação da hipótese de tumores preexistentes.

O fato é que a publicação dos estudos HERS e WHI teve grande impacto na discussão sobre a continuidade da prescrição de TH como abordagem preventiva de complicações clínicas. A ampla divulgação dos resultados do WHI na imprensa leiga também contribuiu para desestabilizar o cenário da abordagem terapêutica do climatério, conforme verificado por Haas (2004), que estudou uma coorte de mulheres menopausadas e confirmou queda significativa do uso de TH após a divulgação desses resultados.

Outros estudos também mostraram resultados desfavoráveis em relação ao risco de tromboembolismo e de câncer de mama.

Scarabin (2003) verificou aumento significativo do risco de tromboembolismo venoso, a não ser para a utilização da via transdérmica, que em seu estudo não alterou significativamente esse risco, em comparação com o não uso de TH.

Estudo observacional publicado no *Lancet* (MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORS, 2003), que acompanhou uma coorte de 1.084.110 mulheres de idades compreendidas entre 50 e 64 anos, com a finalidade de estudar a relação entre TH e câncer de mama, evidenciou maior incidência de câncer de mama, assim como maior mortalidade, no grupo de usuárias de TH com estrogênio e progesterona. O grupo de usuárias de estrogênio isoladamente apresentou incidência maior de câncer de mama em comparação com as não-usuárias, mas muito menor do que entre as usuárias de TH combinada, salientando a importância de se analisar em conjunto o risco de câncer de mama causado pela adição de progestogênio e o risco adicional de câncer de endométrio decorrente do uso do estrogênio isolado.

Olsson (2003) realizou estudo de coorte com 29.508 mulheres monitoradas durante dez anos, para câncer de mama, em que 3.700 utilizaram TH. Os resultados também mostraram que a utilização contínua de estradiol e progesterona ou de progesterona isolada aumenta significativamente o risco de câncer de mama, principalmente após 48 meses de uso, mas o uso de estradiol isolado ou de estradiol mais progesterona em esquema seqüencial não alterou significativamente o risco. O autor concluiu que a utilização do esquema seqüencial pode ser uma abordagem terapêutica segura para o tratamento dos sintomas vasomotores das pacientes menopausadas com útero.

Além de não ser desprovida de riscos, a TH não é a única abordagem eficaz no tratamento da osteoporose. A prevenção e o tratamento da osteoporose pós-menopáusia

admitem hoje outras drogas, como os bifosfonatos, os moduladores seletivos de receptores de estrogênios e a calcitonina, além da dieta adequada e da prática de exercícios físicos regulares como medidas coadjuvantes.

O uso do alendronato aumenta a massa óssea no fêmur e coluna, com redução no risco de fraturas. A desvantagem é a ocorrência de efeitos adversos gastrintestinais, por vezes de gravidade considerável (ERIKSEN, 1996).

A calcitonina reduz a atividade dos osteoclastos, diminuindo a reabsorção óssea, de forma similar à observada com o uso do cálcio e da Vitamina D. Rico (1995), em estudo com mulheres que já haviam sofrido pelo menos duas fraturas ósseas, verificou aumento da densidade óssea da coluna lombar e redução do risco de fraturas vertebrais, através de injeção subcutânea da calcitonina. Os efeitos colaterais relacionados ao uso injetável da calcitonina são náuseas e reações nos locais das injeções. A redução de fraturas pelo uso da calcitonina em outros locais permanece incerta (CRANNEY, 2002.a).

O raloxifeno é um modulador seletivo dos receptores de estrogênio e produz aumento na densidade mineral óssea na coluna vertebral. Com relação a possíveis efeitos adversos provocados pelo raloxifeno, (CRANNEY, 2002.b), com base em estudo de meta-análise de terapias para osteoporose pós-menopausa, chama a atenção para o risco duas a três vezes maior de tromboembolismo venoso, da mesma forma como observado com a terapêutica combinada de estrogênio-progesterona.

No mesmo ano, entretanto, Barret-Connor (2002) publicou os resultados de um ensaio clínico realizado com 1.035 mulheres com fatores de risco para doença cardiovascular, em que não identificou risco aumentado de problemas cardiovasculares com o uso do raloxifeno, demonstrando, ao contrário, efeito protetor.

Medidas suplementares, como a dieta rica em cálcio ou a sua suplementação, nos casos de baixa ingestão ou déficit de absorção, também parecem ter efeito benéfico sobre a massa óssea. Trivedi (2003), em estudo com 2.686 pacientes, obteve redução do número de fraturas em pacientes submetidas à terapia com suplemento de 100.000 UI de Vitamina D administrados a cada quatro meses, durante cinco anos.

A prática de exercícios regulares também tem efeitos benéficos sobre o tecido ósseo e sobre os riscos de queda, por melhorar o equilíbrio, a elasticidade e a força muscular,

sendo suficientes caminhadas de 30 a 45 minutos por dia, três a quatro vezes por semana, preferentemente à luz do dia (HU, 2000).

Segundo as Diretrizes Médicas Baseadas em Evidências Científicas publicadas pela FEBRASGO (MARINHO, 2001), todas as mulheres no climatério, antes de receberem qualquer tratamento, devem ser submetidas aos testes de rastreamento para câncer de mama, colo uterino, endométrio e cólon, devendo também ser rastreada a presença de diabetes e dislipidemias. Além disso, as mulheres na menopausa tardia, sem reposição hormonal, devem ser submetidas à densitometria óssea para avaliação diagnóstica, assim como aquelas na menopausa recente, visando a subsidiar a decisão do uso ou não da reposição hormonal.

De acordo com as Diretrizes, a terapêutica hormonal deve ser indicada individualmente, de comum acordo com a paciente, com base nos riscos e benefícios de cada caso. Quando houver sintoma, existe indicação clara para o uso da TH, pelo menos por curto tempo, não devendo, entretanto, ser prescrita se houver uma contra-indicação ou uma decisão da paciente em não usar, após adequadamente informada. Da mesma forma, o uso prolongado para a prevenção de doenças degenerativas, especialmente em mulheres assintomáticas, deve ser decidido individualmente, de acordo com as características e riscos de cada mulher e dependerá do risco de cada doença sobre a qual a TH possa interferir, assim como da compreensão da paciente em relação às evidências da literatura e do seu desejo e disposição de fazer uso prolongado da medicação.

Quanto ao uso do progestogênio para proteção do endométrio, o recomendado pelas Diretrizes é sua administração em esquema cíclico. A adição do progestogênio de forma contínua teria sua melhor indicação para mulheres com passado de endometriose, miomatose ou para aquelas que não aceitem o sangramento regular e os sintomas associados.

A FEBRASGO recomenda ainda que todas as pacientes devam ser orientadas quanto a medidas complementares ou alternativas para prevenção das doenças citadas e que a decisão final, sobre a duração e o tipo da terapia, seja baseada no julgamento clínico e individualizado da paciente, considerando suas características, necessidades e possibilidades.

A recomendação atual da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) também é que cada caso seja examinado em suas particularidades pelo médico que, em conjunto com a paciente, deverá buscar a solução que melhor atenda às suas necessidades.

A decisão sobre a prescrição ou não de terapia de reposição hormonal, assim como a escolha do melhor esquema terapêutico para cada paciente, constitui hoje verdadeiro dilema terapêutico. A análise dos resultados das pesquisas e das discussões havidas nos diversos foros científicos indica não se haver atingido ainda consenso a respeito dos riscos e benefícios dos diversos esquemas terapêuticos disponíveis.

É fato, porém, que as recomendações de todas as entidades parecem convergir para um ponto: antes de prescrever qualquer medicamento, é esperado que o médico pesquise as necessidades, desejos e expectativas da paciente e informe a paciente sobre possíveis benefícios e riscos das diversas alternativas, da forma mais clara e precisa possível, para que se possa chegar a uma decisão satisfatória.

Quanto à participação da mulher nessas decisões, ainda existem muitas lacunas no conhecimento a respeito do assunto. A revisão da literatura mostra que os estudos publicados são, em sua maioria, de natureza quantitativa e, em geral, restritos às opiniões das pacientes (ROLNICK, 1999; MacDOUGALL, 1999; SCHULTZ-ZEHDEN, 2000).

Connely (1999) comparou as necessidades expressas por pacientes para as quais o médico havia prescrito TH, com o conteúdo das diretrizes de três organizações médicas que recomendaram que as pacientes fossem aconselhadas sobre riscos e benefícios da TH no climatério: American College of Physicians, American College of Obstetricians and Gynecologists e U.S. Preventive Services Task Force. Os resultados da pesquisa evidenciaram que as principais preocupações manifestadas pelas mulheres não eram abordadas por nenhum dos referidos documentos.

Existem evidências sugerindo que esse tipo de dissonância não está restrito à dimensão da relação médico-paciente, indicando, também, um distanciamento também entre a formulação de políticas e a educação dos médicos, com relação às necessidades dos pacientes. Por outro lado, embora os médicos sejam conclamados a orientar suas pacientes a respeito dos riscos e benefícios da TH, existem dúvidas a respeito da eficácia dessas recomendações.

Algumas pesquisas que consideraram as opiniões dos médicos registraram grande variação de opiniões sobre riscos e benefícios da reposição hormonal, mas não chegaram a explorar em profundidade as motivações dos profissionais e, portanto, não lograram perceber a lógica de suas decisões (EXLINE, 1998; NEWTON, 2001).

Não tivemos nenhuma pretensão, neste capítulo, de esgotar ou mesmo de aprofundar a discussão sobre riscos e benefícios da TH na peri e pós-menopausa. A intenção foi apresentar o contexto de incertezas em que se encontra, no momento, a abordagem terapêutica do climatério. Reconhecendo essa dificuldade e considerando as recomendações atuais das sociedades científicas pertinentes, consideramos oportuno ouvir as partes mais interessadas: o médico e a paciente, na expectativa de melhor conhecer e compreender suas perspectivas e a lógica de seus comportamentos e atitudes em relação à decisão clínica.

Capítulo IV – Valores e atitudes de médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica: o caso da terapêutica hormonal no climatério

O processo de decisão clínica é influenciado por uma multiplicidade de fatores e é quase sempre resultante de uma interação entre pelo menos dois atores: o médico e o paciente. Foi exatamente a busca de uma maior compreensão sobre a complexidade dessa interação e sobre as lógicas utilizadas por médicos e pacientes no processo de decisão, a razão principal da realização deste estudo.

Em primeiro lugar e de imediato, ficou evidente a constante, difícil e muitas vezes conflituosa movimentação do médico entre as lógicas do humanitarismo, da cientificidade e da rentabilidade econômica, já identificadas por Boltanski (2004) como contraditórias. A complexidade da teia construída com base nessas lógicas é, além disso, influenciada por diversos fatores relacionados aos próprios médicos, aos pacientes e, é claro, ao relacionamento entre eles.

Os aspectos mais consistentemente apontados pelos médicos como de interferência na decisão clínica foram: a falta de tempo, as incertezas médicas, os custos envolvidos e a preocupação com processos jurídicos.

Ficou claro que o processo de decisão e os diversos graus de conflito a ele relacionados são intensamente permeados pelo contexto em que são tomadas as decisões.

No serviço público, a limitação de recursos e as diferenças entre os custos envolvidos nas diversas possibilidades de escolha terapêutica constituem barreiras potenciais à participação do paciente no processo terapêutico e foram citadas pelos médicos como fatores determinantes da decisão clínica.

Na clínica particular, a preocupação com processos jurídicos é uma constante. A questão do constrangimento do tempo e as incertezas médicas estão sempre presentes e parecem transcender o contexto externo das decisões.

Ao ser abordado o tema relativo à decisão clínica, todos os médicos referiram considerar, em primeiro lugar, os aspectos técnicos, referentes à presença ou ausência de indicação clínica e de contra-indicações. Ou, em outras palavras, a avaliação dos

benefícios e dos riscos da terapêutica. De modo coerente com essa lógica, a primeira questão que se coloca é: está o medicamento clinicamente indicado?

É relevante destacar aqui uma diferença ressaltada pelos próprios médicos, entre os critérios utilizados hoje para avaliar a indicação clínica da terapêutica hormonal no climatério, em relação aos adotados por eles próprios “antigamente”. O grande marco para essa mudança de conduta foi a divulgação dos estudos WHI e HERS, apresentados de forma resumida no capítulo III.

Antes da publicação dos resultados desses estudos, havia uma recomendação clara, por parte das sociedades científicas e associações de especialistas, no sentido de que todos os médicos prescrevessem a terapêutica hormonal como estratégia de prevenção da osteoporose e também para prevenção de mortes por doenças cardiovasculares.

A adesão das mulheres a essa terapêutica, porém, nunca logrou atingir os níveis esperados, o que justificou a publicação de um grande número de trabalhos científicos, a maioria deles antes de 2002, propondo estratégias para melhorar a aderência das pacientes aos protocolos de tratamento (ABRAHAM, 1995; BLUMBERG, 1996; CONNELLY, 1999; GARTON, 1995; GRAZIOTTIN, 1999; HUNTER, 1997; LEWIN, 2003; NEWTON, 1998).

Depois da divulgação dos estudos WHI e HERS, os ginecologistas passaram a priorizar, na indicação clínica para terapêutica hormonal, o tratamento dos fogachos e de outros sintomas decorrentes da queda dos níveis de estrogênio. Ou, em outras palavras, o objetivo do tratamento passou a ser o alívio dos sintomas da paciente e não mais a prevenção da osteoporose ou de outras complicações. Agora a paciente é que deve solicitar a reposição, de forma explícita, ou através de suas queixas, relativas à carência estrogênica.

“Quem me pede a reposição é a paciente. No momento que ela fala assim: Olha doutora, eu queria fazer reposição hormonal, o quê que a senhora acha? Aí eu digo o que eu acho”. (Marina)

Vale notar que as mudanças na conduta médica em relação à TH não foram atribuídas meramente às conclusões dos referidos estudos, mas principalmente à influência da divulgação dessas informações na percepção das mulheres, acerca dos riscos envolvidos no uso da TH.

“Antes eu tratava, como prevenção. Depois das notícias do WHI, a minha visão não mudou, eu não vi nenhuma novidade no estudo, nada que mudasse a minha forma de pensar, mas... Toda essa coisa da mídia aí ficou impossível você tratar alguém que não tenha queixa, que não queira realmente ser tratado. Então, realmente não mudou muito, assim, a minha forma de ver a reposição, mudou a forma de eu ver a paciente. Porque eu já vi que não dá para chegar assim e fazer. Porque aí fica aquela idéia que o médico quer dar hormônio para todo mundo e hormônio mata e hormônio dá câncer, aí então, não insisto mesmo” (Marina).

Embora os resultados dos referidos estudos não possam ser aplicados a outras pacientes, com perfil diferente daquele da população estudada ou a outros esquemas terapêuticos diversos dos utilizados, é inegável o impacto imediato de sua divulgação, sobre as mulheres que se encontravam em uso de TH. Dessa forma, muitos ginecologistas, mesmo depois de tomarem conhecimento dos detalhes dos estudos e de suas limitações, ficaram inseguros com relação à prescrição desses medicamentos.

Foi nítida a mudança de orientação verificada no congresso da FIGO, em 2003, em relação ao que o antecedeu. No congresso realizado em 2000, em Washington, D.C., o argumento em favor da prescrição universal da TH no climatério era o de que o número de mortes evitadas com essa medida era significativamente maior do que o daquelas decorrentes do câncer de mama, eventualmente atribuíveis à TH. Esse argumento viria a cair por terra logo depois, com a divulgação do HERS e do WHI. No congresso de Santiago do Chile, realizado em 2003, a recomendação passou a ser de que a terapêutica seja avaliada caso a caso e que as decisões passem a ser tomadas em conjunto com a paciente (FIGO, 2003). A mudança foi incorporada logo após, pela Associação Brasileira do Climatério, em publicação referente ao consenso sobre terapêutica hormonal na peri e na pós-menopausa (FERNANDES, 2004).

O interessante é que essa mudança acabou por aproximar os intuitos de médicos e pacientes, com relação à reposição hormonal. O objetivo das mulheres sempre foi o alívio imediato de sintomas; o uso da TH com objetivo de prevenção de complicações futuras, como a osteoporose, era uma preocupação muito mais dos médicos do que das pacientes, o que possivelmente explica o baixo grau de adesão à terapêutica, como constatado por Abraham (1995), em estudo sobre as percepções das mulheres sobre terapêutica hormonal.

De acordo com o encontrado por Montgomery (2001), em pesquisa sobre preferências terapêuticas de médicos e pacientes, não é incomum que as preferências dos pacientes recaiam sobre a ocorrência de um evento grave no futuro, ao invés de um moderadamente grave no presente, demonstrando um pensamento mais imediatista em relação a essas questões.

Identificada a indicação clínica, através da queixa da paciente e, portanto, reconhecida a possibilidade de benefício, é preciso agora avaliar os riscos para cada caso em particular, considerando que não se trata de terapêutica isenta de riscos e que o risco depende da influência de outros fatores. Respondida positivamente a primeira pergunta, a etapa seguinte é a investigação de contra-indicações, com base na história clínica, exame físico e resultados de exames complementares, para responder à segunda questão: a paciente pode usar o medicamento?

“Só tem uma forma de eu resolver esse teu problema: te dando estrogênio. Mas eu não vou te dar estrogênio sem saber se você pode tomar. Você vai fazer uma série de exames porque tem quem pode e quem não pode. E aí depois, nós continuamos a nossa conversa” (Marcos).

Durante as primeiras etapas, a participação da paciente fica, de modo geral, restrita à troca de informações, sem expressar opiniões. Mesmo assim, como o médico ainda não dispõe de todas as informações necessárias para que possa complementar seu diagnóstico, a quantidade de informações fornecidas ao paciente também é limitada. São etapas preparatórias, durante as quais o médico reúne elementos, elabora seu raciocínio clínico e formula sua proposta terapêutica.

Caso não seja identificada a presença de contra-indicações, ele pode atuar de acordo com o princípio da beneficência, prescrevendo um medicamento eficaz no alívio das queixas da paciente. Antes disso, entretanto, ele deverá informar a paciente acerca dos riscos associados ao uso do medicamento, para que possa ser então respondida a terceira pergunta: a paciente vai usar o medicamento? Agora, uma vez informada dos riscos, ela pode exercer sua autonomia e fazer uma escolha consciente.

Na perspectiva dos médicos, portanto, a decisão pode ser compartilhada quando o risco envolvido é aceitável, tanto pelo médico quanto pela paciente, nesta ordem. “*Aí eu*

olho e digo assim: Bom, você pode tomar. Agora eu vou te dizer qual é o risco que você corre e nós vamos discutir se você quer tomar” (Marcos).

Nesse momento, a paciente pode decidir usar o medicamento ou pode decidir não usar, por medo dos riscos envolvidos ou por qualquer outra razão. De acordo com a concepção dos médicos entrevistados, a maioria das mulheres prefere hoje não usar reposição hormonal, por medo de câncer, e esta convicção é muitas vezes anterior à discussão com o médico, já que as mulheres costumam considerar também outras fontes de informação, como revistas femininas, programas de rádio, entrevistas com médicos na TV e opiniões de amigas. Em função das informações assim obtidas, a paciente já viria ao médico com uma opinião formada.

“Ela quer que eu opine. Mas ela normalmente já tem uma decisão por trás. Se você fala assim: ‘Olha eu sou contra reposição hormonal, prefiro não fazer’. Ela fala assim: ‘Graças a Deus! Era o que eu queria ouvir’. O que ela precisa é ser respaldada pra isso. O comum, o que a paciente quer ouvir, é que você é contra: ‘Graças a Deus, doutor, porque eu não quero fazer reposição, porque eu não quero ter câncer’. Esse é o discurso” (Murilo).

Garton (1995) realizou estudo sobre terapêutica hormonal no climatério, envolvendo 481 pacientes, e verificou, através das respostas das mulheres aos questionários enviados, que a maioria havia obtido informações sobre TH em revistas femininas e programas televisivos, enquanto que apenas 30% referiram o médico como fonte principal de informação, como já referido por Griffiths (1999) e por Newton (1998).

Blumberg (1996) estudou a importância da mídia como fonte de informação sobre TH e climatério e verificou diferença significativa em função da idade da paciente. Entre mulheres mais novas, de idades compreendidas entre 50 e 55 anos, 73% haviam recebido informações diretamente de seus médicos, enquanto que, entre as mulheres de mais de 70 anos, apenas 18% referiram ter sido informadas por seus médicos acerca de TH, o que guarda correspondência com a lógica utilizada pelos médicos, de apenas indicar TH nos primeiros anos pós-menopausa.

De acordo com os relatos dos médicos entrevistados, muitas pacientes estão preferindo alternativas, como o uso de fitoterápicos ou as terapias coadjuvantes como cálcio, vitaminas, dietas especiais e a prática de exercícios físicos. A atitude do médico nesses casos é ficar “do lado da paciente”. Dessa forma, mesmo admitindo não ter

conhecimento suficiente sobre fitormônios ou sobre acupuntura, por exemplo, ele opta, em determinados casos, por recomendar e até prescrever tratamentos alternativos, para atender à expectativa da paciente. O fato de clínicos prescreverem determinados medicamentos para preservar o relacionamento com seus pacientes foi descrito por Britten (2000) e foi também aqui verificado.

Procurando entender melhor esse comportamento, percebemos que, de um lado, a reposição hormonal não é considerada como tratamento essencial, já que “climatério não é doença” e, portanto, a recusa da paciente à terapêutica estrogênica é perfeitamente aceitável.

“Eu tô do lado dela, eu não tô ali prá impor, não é? Ela não tá doente, ela tá no climatério, ela não tá doente. Inúmeras mulheres tiveram climatério sem reposição hormonal e nem por isso morreram, né?” (Murilo).

Por outro lado, também observamos uma tendência para considerar os fitormônios como ineficazes, mas inócuos, o que pode explicar uma certa “tolerância” por parte dos médicos, em relação à opção da paciente por esse tipo de abordagem.

“Tem paciente que quer fazer fitormônio, não é? Quer dizer, eu vejo, na prática diária, que o fitormônio não resolve sintomas de fogachos... Não... Não resolve, entendeu? Mas tem paciente que se sente muito bem é... se sente bem tomando um fitormônio. Isso faz bem para a cabeça dela tomar um fitormônio” (Marcia).

Nos casos em que são identificados fatores de risco, considerados pelo médico como contra-indicações, a situação muda completamente e agora o médico usa sua autonomia profissional para decidir não prescrever aquele tratamento. Vale agora o princípio da não-maleficência, delimitando claramente o espaço de autonomia do paciente.

Essa é uma conduta geralmente aceita pelas pacientes, devido principalmente ao medo do câncer. Mesmo assim, questionamos os médicos a respeito de uma possível situação de conflito de opiniões, na qual, tendo o médico contra-indicado a TH, a paciente, mesmo após ser informada a respeito dos riscos, persistisse na solicitação do medicamento, devido, por exemplo, à intensidade do incômodo causado pelos fogachos.

As respostas dos médicos denotaram dificuldade de lidar com a situação, como era de se esperar. A primeira reação era quase sempre no sentido de não prescrever um tratamento medicamente contra-indicado. Embora a justificativa fosse sempre a segurança

do paciente, a questão da autonomia profissional sempre aparecia em associação. Prescrever um remédio sabidamente contra-indicado e correr o risco de ser processado por isso, passa a ser um risco que talvez não valha a pena correr.

“Se eu achar que não é pra passar, eu não passo, não vai ninguém me fazer passar... Não passo mesmo. Eu falo pra ela que não passo e se ela quiser ela vai numa pessoa que vai passar hormônio pra ela porque aí é uma questão de... de conduta médica, entendeu? E a paciente vai embora, entendeu, eu perco a paciente... Eu acho que o médico... não pode... se deixar... influenciar” (Marília).

Prosseguindo na discussão referente à autonomia do paciente, embora no geral, os médicos persistissem em sua convicção de não prescrever uma terapia medicamente contra-indicada, a discussão revela algumas contradições, que evidenciam a complexidade da questão. O médico, em um momento, é capaz de defender com firmeza sua posição de inflexibilidade em presença de fatores de risco, pelo entendimento de ser a avaliação do risco competência exclusiva do médico, em função do seu conhecimento técnico, atribuindo, além disso, sua inflexibilidade de conduta ao temor de futuros questionamentos jurídicos e conclui admitindo seu comportamento como “defensivo”.

“Eu acho que apesar da paciente vir colocar o sintoma ou a queixa pra você, no fim de tudo, quem mais sabe realmente do risco é o médico, não é? Eu acho que se você fizer uma coisa com o risco grande de dar errado, se der errado ela vai cobrar isso e infelizmente eu acho que a gente tá fazendo medicina defensiva o dia inteiro dentro do consultório da gente, não é? Então, dependendo do risco, eu não passo” (Marina).

Avançando na discussão, e buscando compreender melhor esse posicionamento, a mesma médica reconsidera seu ponto de vista, as respostas se tornam titubeantes, o risco passa a ser menos valorizado, encarado agora como incerteza, e uma certa flexibilidade de conduta é então admitida, em função dos sintomas da paciente e dos benefícios do tratamento.

“É... deixa eu ver... Eu acho que se a sintomatologia é tão importante, eu acho que às vezes aí o benefício supera o risco... e ela está informada... e ela quer correr esse risco maior... e estamos falando de risco, não... não é certo que ela vai desenvolver... Aí, a paciente está informada, eu vou esclarecer... e vamos fazer! Escreve tudo na ficha e vamos embora!” (Marina).

Esse tipo de comportamento por vezes também é influenciado pela avaliação que os médicos fazem a respeito do perfil psicológico da paciente, ainda na lógica de prevenir

problemas futuros. Dessa forma, podem ser mais radicais com pacientes mais “complicadas” ou mais flexíveis com pacientes mais “fáceis” e, portanto, mais capazes de entender melhor a argumentação técnica.

“A gente vê muito o perfil da paciente, né? Vou dar um exemplo: a paciente que está... que reclama, que está atrasado o horário... aí entra na sala: ‘Ah! Médico é um problema, sempre acha que a gente tem que não sei o quê, porque o médico sempre inventa uma doença pra gente. Ah!... Eu estou sentindo isso assim, o quê que você acha?’ ‘Ah! Soja!... vamos fazer ioga...’. Agora, uma pessoa que dá para conversar sobre a reposição, eu falo sobre a reposição” (Marina).

A discussão desses aspectos também expõe outros, relacionados às incertezas médicas e até à dificuldade de interpretação do conceito de risco relativo, tomado, por alguns médicos, em oposição ao conceito de risco absoluto, que significaria para eles certeza da ocorrência do evento.

“A gente entra num sistema chamado risco absoluto e relativo, não é? É... o que nós explicamos para as pacientes é o conceito de risco relativo, porque o paciente tem que entender isto. Se eu tenho uma situação em que cem por cento das pacientes vão ter câncer, então é o risco absoluto. Todos esses estudos, seja o HERS, seja WHI, né, é risco relativo. É muito difícil até eticamente, você propor alguma coisa que seja risco absoluto. Não pode. E a paciente sabendo que há risco relativo não é anti-ético você oferecer a ela a... a reposição hormonal, só que ela sabe do risco relativo” (Maurício).

Lloyd (2001), em trabalho de revisão sobre percepções dos pacientes sobre risco, alerta para a dificuldade de comunicação entre médicos e pacientes, devido às variações observadas entre as percepções dos pacientes sobre risco. Segundo Lloyd, os médicos usualmente utilizam números e percentuais para informar os pacientes sobre risco, mas se esquecem de se certificar sobre a sua compreensão do significado de risco. O que verificamos aqui é que também a compreensão dos médicos sobre risco pode influenciar a informação fornecida pelo médico, aos seus pacientes.

Pode parecer razoavelmente clara e lógica a seqüência de procedimentos descritos pelo médico, a partir de suas convicções morais, éticas e científicas. O problema é que, no mundo da vida, as coisas raramente se passam de forma isenta ou independente de interferências externas ou estranhas a essa lógica. Pelo contrário, o que comumente ocorre

é que o processo decisório é intensamente penetrado por fatores de diversas naturezas, relacionados com maior ou menor intensidade ao ambiente e às pessoas envolvidas.

Diferentemente do que ocorre no consultório particular, onde o medo de processo jurídico é uma constante, no serviço público os médicos podem se preocupar menos com essa questão e são capazes muitas vezes de adotar condutas até mais arriscadas, por compaixão. É possível que eles se sintam protegidos pela instituição ou talvez não acreditem que de fato poderão vir a ser processados justamente pelo paciente a quem estão ajudando.

Um médico que trabalha em um ambulatório da rede do SUS, atendendo pacientes de baixo poder aquisitivo, sem condições de comprar o medicamento adequado para o seu caso, pode, em função de diversos fatores conjunturais, assumir condutas muito diversas das que adotaria no seu consultório particular. Isto pode ser agravado se a instituição também não lhe der acesso à propedêutica complementar recomendada para rastrear a presença de fatores de risco ou a identificação de contra-indicações ao uso da terapêutica.

De acordo com a lógica cientificista, e também com o princípio da não-maleficência, ele sabe que não deve prescrever a terapêutica hormonal. Por outro lado, a “carência” de tratamento, manifestada pela paciente, por vezes é tão evidente que ele acaba ficando “sensibilizado” e privilegiando a lógica do humanitarismo sobre a da cientificidade. Nesse momento, ele atua com compaixão, prescrevendo o tratamento sem nem mesmo saber se existiriam contra-indicações que poderiam ser reveladas através dos exames complementares não realizados.

Além disso, a escolha do medicamento também fica restrita, por vezes, às amostras deixadas no ambulatório, pelos representantes da indústria farmacêutica, ou trazidas pelos médicos, de seus consultórios. Esse tipo de situação pode gerar sentimentos de impotência, angústia e profunda insatisfação profissional, mas também, por outro lado, banalização desse tipo de conduta, que passa a ser considerada como normal.

“Então, na rede pública, o que eu posso fazer? É difícil fazer uma mamografia. É difícil fazer uma ultra-sonografia, eu tenho medo de ficar fazendo hormônio assim, indiscriminadamente. Mas às vezes eu não tenho opção, a mulher está tão ruim e eu dou uma amostra para ela. Ela usa. Ela melhora. Seja o que Deus quiser. Vamos ver... se der uma hemorragia entra no Miguel Couto, faz uma curetagem, vê se tem alguma coisa...” (Mauro).

No consultório particular isto dificilmente acontece, não só porque não é necessário, uma vez que o acesso aos métodos diagnósticos é mais fácil, mas também porque o médico está mais vulnerável ao julgamento da paciente e, portanto, sua atitude é mais defensiva, conforme reconhecido pelos médicos entrevistados.

Como observado por Pierantoni (1993), a profissão médica pode ser profundamente solitária, na dependência do tipo de atividade ou até mesmo da especialidade médica. No consultório o médico está isolado; tudo se passa entre ele e o paciente ou entre ele e o paciente e seus familiares, o que tem importância significativa no cuidado que ele sabe que precisa ter com a relação médico-paciente. Ele depende dessa relação para efetivamente manter a sua atividade no consultório; ele sabe que o paciente insatisfeito pode abandoná-lo, trocá-lo por outro. Ele tem consciência de que o médico bem-sucedido tem uma boa relação médico-paciente e de que dessa relação depende sua tranquilidade.

No contexto do serviço público, diversos fatores foram mencionados como interferindo na decisão clínica, desde a falta de recursos de infra-estrutura, como já citado, até a falta de diretrizes clínicas, de mecanismos de educação continuada, de avaliação de desempenho profissional e de supervisão da prática clínica.

No consultório particular, as formas de pressão sobre a atividade médica têm origem diversa e o duelo parece se passar entre a lógica cientificista e a lógica do ganho financeiro, sendo esse processo intensamente permeado pelo temor do processo jurídico.

Os mecanismos de controle na clínica particular estão associados ao perfil dos clientes, agora mais informados e mais exigentes, cujas atitudes e comportamentos cada vez mais incorporam a lógica do consumo à da cidadania, comportamento já observado por Canclini (1995).

Os médicos se ressentem da falta de tempo para administrar toda a complexidade da atividade de consultório. Falta tempo para estudar, para se manter atualizado, o que os coloca muitas vezes em situação desconfortável, frente ao nível de informação dos pacientes, que utilizam inclusive a internet para pesquisar sobre seu caso. O discurso do médico desqualifica as informações obtidas dessa forma, sob o argumento da falta de controle daquilo que é publicado, e da dificuldade de interpretação por parte do paciente, que por ser leigo, pode não ser capaz de “separar o joio do trigo”.

“Hoje em dia o paciente tem acesso... eu acho até que é uma porcaria... a internet. Nossa! A internet é enlouquecedora, porque a internet coloca as coisas de uma forma generalizada que a pessoa que é leiga, não tem o discernimento para... sabe? Tirar daqui, dali, entendeu? Isso é... é um inferno. Eu vejo muitas coisas sobre negócio de internet, de pacientes chegar aqui com colocações da internet, eu falo assim: - Não! Calma! Isso não é bem assim...” (Marcia).

O médico precisa de tempo. Tempo para estudar, tempo para ouvir, tempo para informar o paciente, explicar, conversar e discutir, tempo para estar disponível, tempo para “socializar”, para conseguir manter o vínculo com o paciente e para não ser processado por ele. Tempo para cuidar do paciente: se ele se sentir bem cuidado, bem protegido, não terá motivo para procurar outro médico.

O comportamento do médico é influenciado por muitas variáveis, incluindo sua relação com a profissão, devido à multiplicidade de atividades a que precisa se dedicar, para garantir seu sustento. Isto muitas vezes gera conflitos profissionais com o chefe, com os colegas e também com os pacientes. Afinal, são os mesmos médicos que trabalham no serviço público e no consultório particular e, apesar de o discurso apresentar algumas contradições, dependendo do lugar de onde ele fala naquele determinado instante, ele continua sendo o mesmo indivíduo, exposto a todos esses fatores de estresse.

A velocidade do conhecimento, a falta de tempo e o cansaço após um dia exaustivo de trabalho estressante foram citados pelos médicos como barreiras à sua atualização científica e também como facilitadores da influência da indústria farmacêutica sobre a conduta médica no processo terapêutico.

Não foi objetivo deste trabalho estudar as possibilidades de influência da indústria farmacêutica sobre a prática médica. Entretanto, não podemos deixar de registrar a menção, por parte dos médicos, de forma espontânea e repetida, à influência desta variável sobre a terapêutica medicamentosa, desde as visitas freqüentes dos representantes aos médicos, com suas estratégias de convencimento, até a distribuição de brindes, e o patrocínio de viagens para médicos “formadores de opinião” ou para médicos com grande número de clientes.

“Eu fui patrocinado pelo laboratório durante uns oito anos. Eu só ia em congresso no... no... na... suíte presidencial. Até que eu disse

que o produto era uma droga, em oitenta e sete, lá em Curitiba. Quer dizer, nunca mais fui patrocinado!” (Marcos).

No serviço público, o constrangimento do tempo se passa em vários níveis: desde a dificuldade de acesso à consulta médica e aos exames complementares, por falta de vaga na agenda, até a própria duração da consulta, cujo tempo, segundo os médicos, é limitado demais para que se possa dedicar tempo à informação.

Essas questões, além daquelas já abordadas, relativas à impossibilidade do paciente para adquirir os medicamentos, dificultam significativamente seu acompanhamento e monitoramento. Dessa forma, a participação do paciente na decisão é limitada pela falta de informação, pela falta de acesso aos meios diagnósticos e também pela falta de acesso aos medicamentos. Não há muitas alternativas, a não ser a recusa do tratamento.

Mesmo assim, o paciente tenta escolher pelo menos o médico que vai atendê-lo, porque ele sabe que, apesar de todas essas dificuldades, também existem diferenças de comportamento, ligadas aos aspectos pessoais do médico.

Essa escolha muitas vezes também lhe é negada, por questões de dificuldades “logísticas”, mas também por falta de interesse do médico em compartilhar o poder da agenda, sob pena de com isso se submeter de alguma forma a um controle por parte da paciente. Sabendo quem é o médico responsável por seu atendimento, o paciente teria mais poder para reivindicar seus direitos e atribuir responsabilidades.

Como já referido, os médicos que saíram do convênio atribuíram sua decisão à dificuldade de dedicar tempo suficiente à consulta, pelo grande número de pacientes que precisavam atender. Entretanto, mesmo entre os médicos que não atendem pacientes de convênio e que teriam, portanto, maior liberdade para administrar sua agenda, a situação não é muito diferente. Apesar de toda a ênfase dada por eles ao fator tempo, tanto nas discussões sobre qualidade do atendimento quanto sobre decisão clínica, eles dificilmente planejam sua agenda de modo a conseguir dedicar o tempo necessário para oferecer um atendimento correto, de acordo com os padrões definidos por eles próprios, em função de toda a argumentação apresentada.

“Eu explico tudo, eu acho que a questão principal é de informação, não é? Eu marco meia hora pras minhas pacientes no consultório. Normalmente, então, se for paciente de primeira vez mesmo, que não me conheça, provavelmente essa consulta vai

durar uma hora e com certeza, eu vou atrasar meu consultório, mas eu não vou conseguir explicar tudo em meia hora” (Marília).

Como se vê, a variável tempo aparece sempre associada à informação. Todos os médicos valorizaram significativamente a informação, como elemento essencial no processo decisório. A informação é importante para obter colaboração do paciente em diversos aspectos, como: adesão ao tratamento, monitoramento clínico e estabelecimento de acordos com a paciente.

“Você explicar, faz parte, né?... é muito importante no sentido da paciente... Até, por exemplo, você mais ou menos explicar a fisiopatologia do que que tá acontecendo com ela, pra ela até fazer realmente a medicação que você tá propondo” (Marília).

O grau de confiabilidade da informação e as incertezas médicas foram questões levantadas pelos médicos, em diversos momentos da entrevista, como fatores de influência significativa em sua atitude em relação ao risco e na tomada de decisão. Dessa forma, em algumas situações, o médico poderá compartilhar a decisão com a paciente, por não haver certezas quanto aos riscos de sua utilização.

“Olha, eu posso te dizer o seguinte, eu hoje eu não sei as coisas mais assim, né? O tema que você explora é um tema que é uma coisa assim que eu acho que ninguém tem muita certeza pra dizer: olha, é isso, né? Não é uma coisa que tem um protocolo classicamente estabelecido, senão era fácil, né? Chegou lá, dá estrogênio com progesterona, ou faz estrogênio, né, aquelas coisas, esse protocolo acabou. Eu vou falar: ‘Olha, se você fizer reposição hormonal, pela tua história familiar, você teria 20 % de chance de ter um câncer, é, na sua vida. Agora, se você fizer reposição hormonal, você tem 30%. Se você quer assumir esse risco, não tem problema’. Mas eu tenho que informar! A decisão não é minha, a decisão é dela. Porque eu mostro a ela os riscos, eu divido a decisão com ela” (Murilo).

Ou poderá, ao contrário, deixar de prescrever determinado tratamento, por considerar que ainda não se dispõe de evidências suficientes quanto à sua segurança: *“A gente está num terreno minado, eu não sei realmente o quê que vai acontecer daqui para frente, então, eu muitas vezes prefiro não fazer...” (Marcelo).*

A educação do paciente foi reconhecida como instrumento essencial à tomada de decisão. Uma das dificuldades apontadas nesse processo foi exatamente a falta de dados precisos quanto aos riscos associados ao tratamento. Embora alguns médicos tenham referido que, como resultado de seu processo de amadurecimento profissional, não se

sentiriam constrangidos em admitir o desconhecimento preciso da informação, a forma como os médicos lidam com essa questão pode variar, desde a omissão do dado, a opção pela “adjetivação” do risco (risco alto, risco baixo), até o fornecimento de informações incorretas.

“Mas aí você vai saindo pela tangente também, não é? Não precisa ser tão precisamente, eu também não sei qual o risco que tem uma... eu sei que aumenta... é muito pequeno... Você não vai encontrar isso assim, fácil, na literatura. Você chuta uns por cento...” (Mauro).

A associação entre a falta de informação e a possibilidade de processo jurídico é nítida e a obtenção do consentimento do paciente para realização de cirurgias e de procedimentos de risco já faz parte das recomendações das entidades de classe que inclusive disponibilizam na internet modelos de consentimento informado para diversos procedimentos (MIYAHIRA, 2002). Entretanto, apesar de toda essa preocupação, de admitir que os médicos estão praticando hoje “medicina defensiva” e de considerar o consentimento informado como um mecanismo de defesa profissional, o consentimento “por escrito” ainda não está consistentemente implantado, como se verifica freqüentemente nas avaliações dos hospitais em processo de preparação para acreditação.

Na opinião dos médicos entrevistados, a significativa resistência à solicitação do consentimento informado ao paciente pode refletir a tradicional aversão a mecanismos formais e regras disciplinares, por parte do próprio médico. Entretanto, o que predomina é o temor de que a solicitação do consentimento possa de alguma forma prejudicar a relação de confiança entre o médico e seu paciente e, isto sim, levar o paciente a considerar, em caso de insatisfação por qualquer motivo, a possibilidade do processo ético ou civil. Assim sendo, as estratégias usadas como proteção contra os processos jurídicos são dirigidas, muito mais, ao estabelecimento de um bom vínculo com o paciente, de uma relação de confiança, na qual não haja espaço para esse tipo de procedimento.

A associação entre implementação do consentimento informado e aumento do risco de processo jurídico fica evidente na reação deste médico, durante a discussão sobre o tema:

“Consentimento informado? Graças a Deus não, não é? Eu não sei. Eu digo graças a Deus, porque senão esses seguros médicos vêm tudo pra cá e nós vamos ter que pagar mais seguro, não é?”

Mais um... mais um negócio para se pagar... Ah! Porque aí vão querer processar a gente por qualquer coisa, não é? Você vai ter que ter um seguro médico de processo, de indenização de paciente” (Mauro).

A associação entre o tipo de relação médico-paciente e risco de processo jurídico pode estar baseada em relatos de colegas, notícias veiculadas na mídia e nos próprios informativos dos Conselhos de Medicina. Os médicos que participam de reuniões de câmaras técnicas do Conselho Regional de Medicina (CRM) sabem, com base nessa experiência, da importância da relação médico-paciente na incidência de processos éticos.

O procedimento formal, por escrito, de obtenção do consentimento informado, é considerado pelos médicos como “um exagero”; ele então, no máximo, fornece informações ao paciente e, não havendo manifestações claramente contrárias ao procedimento, por parte do paciente, presume o consentimento, anota no prontuário e realiza o procedimento.

O mesmo médico que, na conversa sobre consentimento informado, faz um discurso justificando sua importância e relacionando a ausência do consentimento ao número de processos de que tem notícia no CRM, ao ser indagado sobre sua prática, admite que ainda não utiliza o consentimento formal.

“Eu tenho medo que algum... daqui a algum tempo surja um câncer de... de mama numa paciente e essa mulher vai dizer que eu fui o responsável por ter feito hormônio pra ela, mas eu não vou ainda chegar a ponto de fazer um consentimento informado. Eu acho que a gente não chegou ainda a esse ponto” (Marcelo).

Nesse momento, considerando a possibilidade de que essa posição se devesse ao fato de estarmos conversando sobre tratamento clínico, decidi conversar sobre consentimento informado para cirurgias. Na opinião dos médicos entrevistados, a não ser para procedimentos específicos, ligados à reprodução humana, o consentimento informado ainda não é uma prática entre os ginecologistas brasileiros.

Em determinado momento da entrevista, procurei explorar com os médicos os fatores que poderiam influir negativamente na relação médico-paciente e no processo de decisão. Foi unânime a menção à atitude rígida, prepotente e autoritária do médico como barreira ao diálogo com o paciente.

Paradoxalmente a esse juízo, quase estereotipado, os médicos de modo geral também se referiram aos colegas como profissionais cabisbaixos, mal-remunerados, vítimas do sistema, submissos à tirania do plano de saúde e à pressão da indústria farmacêutica. Consideram que os médicos assumem comportamentos e atitudes impróprios, como a atitude defensiva frente ao paciente e o fato de lidarem com certos aspectos de sua prática de forma equivocadamente tolerante, como, por exemplo, o fato de atrasarem freqüentemente as consultas, talvez por não considerarem esta questão menos relevante, quando comparada à importância de sua atividade.

Julgam, ademais, que os médicos perderam poder e prestígio junto ao paciente e acreditam ser, esta sim, uma questão relevante, já que o poder médico é essencial ao exercício da profissão, sendo necessário que ele seja exercido de forma adequada – ou seja, de modo a atender às expectativas de ambos, médico e paciente.

Procurei explorar as concepções dos médicos sobre as expectativas do paciente. Segundo os médicos, o paciente hoje está mais informado, pelo maior acesso à televisão e à internet, mas continua querendo, em primeiro lugar, um médico amigo, disponível, interessado: um indivíduo que cuide dele.

Consideram, por outro lado, que os pacientes estão bem informados sobre seus direitos e podem, em caso de insatisfação com o atendimento, abandonar o médico, bem como responsabilizá-lo juridicamente por complicações associadas ao tratamento.

“Eles têm plena consciência dos seus direitos. Plena consciência! Não passo um dia no consultório... sem ouvir: –‘Eu podia ter processado o médico pelo que ele fez!’ Todos os dias! Hoje eu ouvi uma paciente dizer que o marido tinha tido uma lesão pulmonar e o médico falou para ele que aquilo poderia ser um câncer e depois não era, era alguma... alguma lesão antiga, sei lá, tuberculose, alguma coisa... Então... eles têm noção do direito... eles sabem direitinho o que eles têm direito, o que eles podem fazer em relação a... a processo a... a responsabilidade civil e criminal” (Miriam).

Em relação especificamente à terapêutica hormonal, os ginecologistas entrevistados consideram que as mulheres, além de não quererem mais utilizá-la, por medo de câncer, são sensíveis à opinião de amigas e familiares, preferindo utilizar terapias mais “naturais”, embora precisem do apoio do médico nessa decisão. Consideram, dentre os motivos da baixa adesão ao tratamento, além da preocupação com o risco de câncer, o medo de

engordar como efeito associado à TH, e de alguma forma responsabilizam a paciente por seu comportamento “incompatível” com sua situação.

“Elas tem muito medo de engordar. Elas acham que é a reposição, não sabem que é o metabolismo que baixou, que elas têm que fazer ginástica, que têm que mudar a dieta, tudo sedentária! Vai tomar o hormônio, vai engordar; mas não é o hormônio, é a vida dela. É o hábito alimentar, é o hábito de vida. Se ela fizesse ginástica e comesse menos besteira não iria engordar com reposição. Agora não... o pessoal envelhece, não sabe que o metabolismo basal baixou e continua a comer as mesmas coisas e não quer engordar!” (Mauro).

A influência dos “modismos” na relação da paciente com o tratamento também foi apontada, de forma enfática, como fator complicador no processo de decisão, por ameaçar a autonomia profissional e a segurança do paciente.

“O grande problema são os modismos. Esse é o grande problema, não é? Eu sempre digo: em Medicina, uma coisa muito perigosa é a moda. A moda na moda não mata, mas moda em Medicina mata. Está na moda tomar hormônio; não está na moda tomar hormônio. Então as pacientes procuram muito o profissional hoje em função disto, entendeu? Ah! Porque minha amiga usa isso, que minha amiga faz aquilo, porque minha amiga faz aquilo outro. O doutor pediu esse exame o outro doutor pediu esse exame. Eu digo: ‘Olha minha senhora, a minha conduta é esta!’” (Maurício).

Ressalvadas as dificuldades já apresentadas, relativas principalmente à limitação de recursos no setor público, todos os médicos identificaram sua prática como de decisão compartilhada, o que nos levou a explorar suas concepções relativas ao significado da decisão compartilhada. O primeiro aspecto que nos chamou a atenção foi a referência ao compartilhamento de decisão com exemplos nítidos de compartilhamento de informações, como na fala deste médico:

“Eu compartilho a decisão com a paciente. Compartilho muito porque ela também tem que entender... às vezes eu até explico a paciente qual a importância é... Vamos dizer do gel local, né, vaginal. Qual a importância na uretra? Qual a importância para o reto? Qual é a importância disto, não é? Para ela poder entender” (Maurício).

Compartilhar informações pode ser muito diferente de compartilhar decisões, e o próprio processo de tomada de decisão é muito vulnerável à manipulação e sujeito a vieses (CASSELL, 1982).

Na verdade, compartilhar talvez não fosse o termo mais apropriado ao processo em que o médico fornece informações ao paciente, freqüentemente vagas, incompletas, ou em linguagem de difícil compreensão, por vezes até tendenciosas, como já assinalado, com a finalidade de obter a cooperação do paciente e sua satisfação, de modo a minimizar a chance de ocorrência de um processo ético ou civil.

Observou-se uma tendência do médico a induzir a escolha da paciente, fazendo parecer dela uma opção que em verdade já foi definida por ele. Isto pode ser manifestado através da exaltação dos benefícios da TH, quando é esta a preferência terapêutica do médico, ou pela subvalorização dos riscos, algumas vezes tomando para si próprio a opção de correr ou de não correr determinado risco.

“Eu coloco pra elas: ‘Ó, você tem que escolher, você quer viver muito essa qualidade de vida que você fica depressiva, que você fica com esses calores, que você não tem um prazer’? Sobre os riscos, risco de hiperplasia de endométrio, risco de um câncer de mama, isso pode ter. Aí eu falo: ‘Mas a gente dispõe hoje de métodos que você faz a prevenção: você fazendo uma terapia de reposição, você vem no médico mais vezes, a gente vai diagnosticar alguma coisa em tempo de poder tratar. Você vai ter de qualquer maneira o câncer de mama, se tiver que ter. Pode acelerar, pode: se acelerar, acelerou. Mas você fazendo uma mamografia anual, se tiver alguma coisa, aí pára essa reposição” (Mauro).

A percepção dos médicos sobre a responsabilidade pelo tratamento é clara: não é possível transferi-la para o paciente, mesmo em caso de se haver estabelecido uma decisão compartilhada. Esta é mais uma razão para que o médico vá buscar apoio nos aspectos técnicos, científicos, no processo de tomada de decisão. O cenário de incertezas que se tornou atualmente a terapêutica hormonal do climatério não está mais restrito à discussão entre profissionais; a eficácia dos meios de comunicação possibilitou o acesso da população a essas informações. A estratégia muitas vezes utilizada pelo médico de, frente ao paciente, transformar dúvidas em certezas, pode ser agora questionada com mais facilidade.

A negociação de conflitos pode ser uma situação extremamente difícil para o médico, como se pode perceber no texto que se segue, em que a médica, ao mesmo tempo em que é enfática na recusa em prescrever uma terapêutica que considera contra-indicada, manifesta sua intenção de “liberar” a paciente para que procure outro médico. Entretanto,

sua dificuldade em colocar isto em prática acaba não permitindo a manifestação explícita de sua intenção, que, segundo ela própria, transparece “nas entrelinhas”. Ela associa o fato de não expressar literalmente o seu desejo de encaminhar a paciente para outro médico, devido ao medo de rejeição por parte da paciente, que poderia desta forma se sentir abandonada por ela, por ter que procurar outro profissional, de certa forma considerado por sua médica como “menos responsável” ou menos preocupado com o rigor científico.

“Eu não passo. Aí ela pode procurar outro médico. Não passo, coloco pra ela todos os meus motivos... Me coloco à disposição, a hora que ela precisar, mas digo assim: ‘Olha, eu não vou passar, até te deixo à vontade, se você quiser procurar um outro colega...’ Em geral não falo isso né? Eu deixo... é... nas entrelinhas, que eu não vou passar e deixo nas entrelinhas que ela tá à vontade, entendeu... de... de não gostar mais de mim (risos), não voltar ao consultório...” (Marília).

Conversando sobre questionamentos de pacientes e familiares sobre as propostas terapêuticas, e sobre a participação dos mesmos nas decisões relativas ao cuidado ao paciente, percebemos alguns sinais contraditórios nas falas dos médicos. Ao mesmo tempo em que referiram a participação do paciente como um aspecto “essencial” ao processo decisório, em diversos momentos das entrevistas utilizaram expressões como “*pentelhas*” ou “poço sem fundo”, para se referirem às pacientes questionadoras, de alguma forma associando esse tipo de pacientes a fatores de interferência negativa no atendimento, o que indica dificuldade de lidar com esse aspecto da relação.

“Eu acho... eu acho... eu acho que... as pacientes que questionam muito, né, as pacientes que você vê que elas estão ali debatendo, né, debatendo com você, eu acho que é um pouco a ... Como é que eu vou dizer? É quase uma concorrência com o saber do médico. Você tem aquela paciente que você dá uma explicação básica, dá a extra-básica, dá a extra-extra-básica e ela fica perguntando... e... Então eu acho que essa paciente, ela é uma paciente quase que em luta com você intelectualmente... ela luta com você intelectualmente, ela... ela ... é como se ela quisesse, sabe, quisesse ter o seu saber. Não querer ser médica, vamos dizer assim, mas ela... ela não se conforma. E aí ela fica nesse questionamento sem fim. São as pacientes que eu chamo de poço sem fundo, né? Porque quanto mais você explica, mais ela pergunta” (Marília).

Os médicos também avaliaram que, embora a situação usual em sua prática seja o desejo da paciente de conversar com o ginecologista, de procurar entender o que está se passando com ela e de entender a finalidade do tratamento, não são todas as pacientes que

desejam ser informadas. Algumas pacientes não perguntam nada; isto foi atribuído pelos médicos à personalidade da paciente, muito mais do que ao ambiente da consulta. Nesse caso, torna-se mais difícil o papel do médico como educador, no sentido de prevenir doenças ou complicações.

“Tem aquela: ‘Não, não, não! Tá bom! É isso aí que eu tenho que tomar?’ Em geral são pacientes... É engraçado, não são as humildes... as de nível menor não... Tem paciente que não tem ‘saco’ de falar: ‘Não, eu estou vindo aqui por causa disso’. Aí você tenta puxar e nada...” (Marília).

Não é esta uma situação tão incomum e é importante que o médico também esteja preparado para lidar com esse tipo de situação. Ele precisa avaliar a necessidade de discutir com o paciente, mais objetivamente, os aspectos relevantes do tratamento, até mesmo para, em certas situações, solicitar ao paciente que indique uma pessoa de sua confiança para receber as informações referentes à sua condição clínica e discutir as decisões que o paciente a ele preferir delegar.

As entrevistas com as pacientes evidenciaram de modo geral três grandes esferas de influência na decisão: a presença de sintomas, a percepção e relação com o risco, e o grau de confiança no médico. A lógica do comportamento da paciente no processo de decisão é, além disso, influenciada por diversos fatores: suas vivências individuais, experiências de adoecimento pessoais e familiares, e contexto sócio-cultural.

Marmoreo (1998), em estudo qualitativo sobre o uso de terapêutica hormonal pós-menopausa, também reconheceu esses fatores de influência sobre as decisões das mulheres, além de questões ligadas à idade e à sexualidade.

Regra geral, as mulheres entrevistadas são atendidas pelo ginecologista anualmente, para avaliação de rotina. A primeira vez em que estiveram diante da decisão ou da proposta de hormonioterapia ocorreu em uma dessas visitas ou por ocasião de uma consulta motivada pelo aparecimento de sintomas associados à menopausa.

“Foi a médica que propôs. Eu fui fazer uma... um exame de rotina. Aí ela sugeriu:- Você não quer? Você devia tomar hormônio. Você ainda não toma? Você devia tomar. Eu falei: ‘Não’. Ela disse que a reposição hormonal fazia bem para tudo... para manter uma... por exemplo, a vagina lubrificada, o busto mais ou menos em posição de ataque... o cabelo bem... a pele não sei o quê...” (Poliana).

É importante aqui situar o fato no tempo em que ocorreu, devido às mudanças de conduta decorrentes da publicação dos resultados dos grandes estudos sobre terapêutica hormonal no climatério, realizados no final da década de 90 e nos anos que se seguiram. A autora do texto acima é uma mulher de 65 anos, moradora de um bairro da Zona Sul do Rio de Janeiro, atendida usualmente por ginecologista de sua escolha, em consultório particular, e refere haver iniciado hormonioterapia em 1987 – portanto, bem antes da divulgação dos referidos estudos. Como já comentado, a TH é geralmente prescrita hoje muito mais com a finalidade de alívio de sintomas, sobretudo fogachos, do que como prevenção ou tratamento da osteoporose ou de “queixas menores”, como pele ressecada ou unhas quebradiças.

Outra paciente, da mesma idade, ainda hoje em uso de TH, refere início do tratamento há cinco anos – portanto, aos 60 anos –, após a realização de uma histerectomia. A mesma refere sua menopausa como muito tranqüila, sem sintomas, sendo a TH prescrita por sua ginecologista para prevenção de osteoporose.

“Eu tive uma menopausa muito tranqüila, aos 51 anos. Não tive aqueles calores; foram raríssimas as vezes que eu sentia assim, um pouco de calor excessivo, mas não que... que fosse um absurdo como eu presenciei várias colegas do trabalho, não é? Depois que eu fiz a histerectomia total é que a médica achou que eu devia fazer a reposição hormonal” (Paloma).

Como a ginecologista é de sua inteira confiança, mesmo tendo tomado conhecimento dos riscos da TH, após ter conversado com a médica a esse respeito, ela prossegue tranqüila com o tratamento, deixando a decisão e a responsabilidade nas mãos da médica.

“Quando surgiu o boato de que... por causa do câncer de mama... porque quem faz reposição tinha que ter mais cuidado, eu conversei com a doutora. Ela disse: não... fica despreocupada porque... não é bem assim, tudo que você lê... Ela é muito responsável não é? Ela disse: ‘Não, o dia que realmente tiver alguma contra indicação, alguma coisa, eu sou a primeira a... a suspender mas pode fazer que só vai te fazer bem. Eu confio muito nela, eu tenho muita confiança. O que ela diz para mim, eu faço” (Paloma).

Tudo indica que, quando existe confiança, a relação paternalista parece agradar aos médicos e aos pacientes. O médico pode exercer o poder de curar o paciente de forma autônoma, razoavelmente livre de pressões e de acordo com seus valores; o paciente, por

sua vez, se tranqüiliza em saber que está sob a responsabilidade do médico, sendo cuidado por ele. É possível que isso explique, em parte, a atitude passiva dos pacientes, mesmo aqueles bem informados, que optam por se eximir das decisões, deixando a responsabilidade para o médico.

Quando ainda não há um vínculo solidamente estabelecido com o médico, a situação pode ser diferente: o paciente é capaz de buscar mais informações e indagar sobre riscos, até para tentar perceber se o médico é digno de sua confiança. Entretanto, ele tem consciência de que essa intervenção se passa sempre dentro de certos limites, já que esta é por natureza uma relação desigual e ele pode, de diversas formas, ser constrangido pela atitude mais agressiva ou pouco receptiva do médico.

“Eu já escutei dizer que a gente deve perguntar tudo, não é? Mas tem médico que não gosta de... de falar não... Tem médico que é tão sisudo! A gente chega lá... que a gente fica até sem jeito de perguntar não é?” (Pilar).

Embora, como já referido, a recomendação atual seja de que o médico discuta com a paciente os benefícios, riscos e alternativas, não faz parte da cultura do médico apresentar espontaneamente alternativas terapêuticas. Ele pode considerar outras opções, quando a paciente não aceita bem sua prescrição inicial, mas o que ele espera é que, uma vez tendo explicado a finalidade do tratamento à paciente, obterá sua adesão.

“Não, não me apresentou outras alternativas. Ela passou... Ela me explicou, né, sobre esta parte de quem faz reposição, qual era a finalidade. Que não era para menstruar, seria apenas para aquelas coisas, mas não me apresentou alternativas” (Patricia).

Esse tipo de atitude não é observado apenas entre ginecologistas. Braddock (1999), estudando o processo de decisão entre clínicos e cirurgiões também observou que, embora os médicos informassem seus pacientes a respeito da natureza da intervenção proposta, raramente discutiam com eles a existência de alternativas terapêuticas.

O paciente, por sua vez, costuma receber a prescrição sem maiores questionamentos. Esse tipo de comportamento é influenciado não apenas por suas crenças e valores, mas também por diversos fatores ligados à cultura na qual está inserido, ao ambiente da consulta, à situação clínica com a qual se defronta naquele momento e à atitude do médico.

“Eu costumo perguntar, mas às vezes, por exemplo, essa doutora, ela era muito incisiva na história do... ‘Não, tem que tomar, tem que tomar, tem que tomar!’ Eu tomei!” (Poliana).

Ainda faz parte do senso comum a crença de que o bom paciente segue as ordens médicas, sem questionar. Médicos e pacientes costumam basear suas atitudes e comportamentos na lógica tradicional, segundo a qual, quando o paciente cumpre as determinações médicas as chances de êxito são maiores. Daí o juízo acerca do que seja um “bom paciente” estar associado ao cumprimento de seu papel de acatar a prescrição médica sem maiores questionamentos.

“Eu sou muito... não, eu sou uma boa paciente. Eu não questiono muito. Eu sou uma boa paciente. Eu sigo tudo que os médicos falam, né, nesse ponto eu não questiono muito não” (Piedade).

Essa lógica está tão internalizada que, mesmo aqueles indivíduos que avaliam como pertinente sua participação nas decisões e se consideram participantes, podem na verdade estar confundindo participar da decisão com solicitar informações e orientações sobre o que pode ou não fazer, e ainda assim temem estar usurpando o papel que identificam como sendo do médico.

“Eu participo. Eu participo e até pergunto: -Eu posso fazer isto? Eu posso... Entendeu? Eu pergunto. Eu... eu participo. Acho que até, às vezes que eu sou um pouco intrometida, sabe? Como se eu fosse uma médica. (risos) Entendeu?” (Patricia).

É possível também que essa atitude seja, em alguns casos, a expressão do nível desejado de participação. Ou seja, a paciente deseja mesmo compartilhar mais informações, não necessariamente decisões. É este o pensamento de Strull (1984), que considera possível que se esteja, por um lado, subestimando o desejo do paciente de receber mais informações e, por outro, superestimando seu desejo de tomar decisões.

A atitude inicial de completa aceitação do paciente pode, entretanto, se modificar substancialmente, dependendo da avaliação feita pelo paciente acerca dos resultados obtidos. Essa avaliação pode ser baseada na eficácia do tratamento, na ocorrência de efeitos indesejáveis ou inesperados ou ainda pelo surgimento de elementos novos, como a divulgação na mídia de notícias desfavoráveis ao uso do tratamento em questão.

Uma vez que a proposta parece atender a sua expectativa ou necessidades, não há por que questionar. A avaliação positiva pode ser feita em função do alívio de sintomas,

ausência de efeitos colaterais, sensação de bem-estar e também por comparação com outras mulheres de suas relações.

“Achei válido fazer. Porque quando eu... antes de fazer reposição hormonal é... tipo assim, o cabelo parece que fica ralo, a unha quebra. O hormônio, eu acho que faz falta em tudo pra gente, não é? A minha pele sempre foi muito ressecada, mas com a menopausa era demais, parecia que escamava... Ela disse: ‘É menopausa se você fizer reposição...’. E é verdade. Depois da reposição, a pele melhorou muito e... e eu acho que assim... sei lá, eu achei...porque eu... eu comparo assim pela minha irmã que também sempre foi muito dinâmica, mas minha irmã não faz reposição, ela se... se entregou, ela é mais velha do que eu, um ano e dois meses e está uma velha, dentro de casa” (Paloma).

Outras situações também podem fazer com que a paciente tenha maior adesão ao tratamento, apesar da preocupação com os riscos. O texto que se segue é de uma paciente de 52 anos, que ocupa atualmente um cargo na alta direção de uma grande organização e que não pode prescindir do uso do medicamento, sob pena de ter seu desempenho prejudicado.

“Eu resisti bastante ao uso da reposição... por causa das informações a respeito da... da reposição hormonal, não é? Que poderia é... causar câncer, né, essa é a informação que você mais ouviu. Eu tinha essa cisma né, eu tinha muita cisma com a questão da... do câncer de mama, uma preocupação muito grande. Mas eu diria até que hoje assim, pela minha atividade, eu não tenho condições de ficar sem remédio de reposição hormonal. Eu não teria condições de desempenhar a minha função sem ele” (Pérola).

Esse tipo de comportamento parece estar associado ao desejo da mulher de manter seu status de poder e de controle em outra esfera de sua vida – no caso, a profissional – conforme também verificou Griffiths (1999). Para Griffiths, o médico pode ajudar a mulher a ter mais controle, não apenas através da discussão sobre evidências científicas, mas também explorando junto com ela as raízes de seus temores e ainda levando em consideração outras fontes de pressão em sua vida.

Por outro lado, uma avaliação negativa feita pelo paciente pode levá-lo a suspender o tratamento sem consultar o médico, por julgar que ele “não acertou” com ele. Esse comportamento está associado ao tipo de relação médico-paciente, em especial ao grau de acesso que o paciente tem ao médico e principalmente à confiança nele depositada.

Na clínica particular, não raro a decisão de suspender o tratamento é acompanhada da decisão de mudar de médico, demonstrando que a relação foi afetada de forma definitiva. O médico tem o poder de escolher o que vai prescrever, mas o paciente tem o poder de escolher o médico, decorrendo daí uma preocupação do médico em atender à expectativa do paciente, “dentro de certos limites”, como já comentado.

Na rede pública, a situação de poder é muito mais desigual, na medida em que nem sempre o paciente pode escolher o médico que vai atendê-lo e, portanto, seu poder de barganha é ainda mais limitado. Além disso, sua escolha dificilmente constituirá motivo de preocupação maior para o médico, já que esse tipo de avaliação não costuma afetar a grande demanda de pacientes que ele sempre tem para atender, sendo sua remuneração absolutamente independente desses movimentos. Na maioria das vezes, o médico nem chega a tomar conhecimento da insatisfação do paciente a respeito da sua prescrição ou do seu atendimento.

Dependendo, entretanto, do grau de incômodo do paciente, do acesso que possa ter a outros serviços e de sua disponibilidade interna para buscar soluções alternativas, ele pode ter um comportamento semelhante ao do paciente “particular” e procurar uma opção que melhor atenda às suas necessidades. A autora do texto que se segue sempre foi atendida em determinado hospital público, mas quando começou a apresentar sintomas decorrentes da menopausa e procurou o médico, este lhe prescreveu hormonioterapia – segundo a paciente, sem maiores explicações. Como ela não se sentiu à vontade na consulta, também não perguntou nada; iniciou o tratamento e, quando apresentou efeitos indesejáveis, suspendeu o medicamento e preferiu procurar outro hospital.

“Fez os exames e pronto. Não explicou nada. Só me passou o remédio e não me explicou nada. Não falou nada. Eu também não perguntei’. Eu cheguei tomar o remédio, mas me deu problema no estômago, aí eu suspendi. Eu falei: ‘Eu tenho que buscar outros caminhos’. Então eu fui ouvir um médico de outro hospital, que o meu marido tinha direito, e me informaram dessa doutora. Aí ela me explicou os ‘prós’, né... os ‘contras’... tem as partes favoráveis e tem as desfavoráveis. Ela me explicou e eu me senti à vontade, com menos medo. E ela disse: ‘Agora uma coisa: amanhã ou depois, se você achar que está te fazendo mal, que não é legal, que você não quer mais, você fala também, que é um direito seu você parar, aí você não é obrigada’. E eu... gostei do... do papo dela, ela foi muito clara” (Priscila).

Procurei explorar os motivos que a haviam levado a procurar outro médico, ao invés de retornar à consulta relatando o ocorrido. A resposta revela de forma muito clara que o tipo de relação que se passou entre ela e o primeiro médico não permitiu que ela se sentisse à vontade para esse tipo de comportamento e que, em relação à nova médica, provavelmente reagiria de outra forma.

“Eu nem sei porque que eu não voltei, acho que eu fiquei com medo dele achar ruim por eu ter parado o remédio por minha conta. Eu acho que nela eu voltaria sim, porque ela de repente ia me mostrar outro caminho, ia tentar fazer alguma coisa, que ela me deu muita atenção, muita atenção mesmo, então eu voltaria pra saber o quê que ela faria” (Priscila).

A atitude dos pacientes em relação ao uso de medicamentos pode ser fortemente influenciada por sua percepção e forma de encarar o risco, em maior ou menor interação com vivências anteriores pessoais ou familiares. Dessa forma, uma pessoa que se auto-avalia como bem informada pode subvalorizar os riscos de determinado tratamento em função dos benefícios esperados ou por encarar o risco como fazendo parte da vida, de modo inexorável. A fala a seguir é de uma mulher de 53 anos, com nível superior de escolaridade, que faz uso de terapêutica hormonal sem maiores questionamentos. Apesar de ter acesso fácil à informação, prefere “relativizá-la”.

“Olha, os riscos eu também já li, já assisti entrevista, já li. Porque tem uma corrente a favor e outra contra, não é? Então falam do câncer, uma série de coisas... Eu acho que essa parte não está muito bem definida, sabe? É a mesma coisa: ‘Ah! O cigarro provoca câncer de pulmão’. Mas e aí? E quantos morrem de câncer de pulmão sem nunca terem fumado? Então, sabe? Eu acho que de alguma coisa eu vou morrer, vou ter...” (Patrícia).

Ao mesmo tempo, exalta os riscos de não usar o tratamento, referindo-se à geração de sua mãe, segundo ela, cheia de problemas. Deixa claro que não pretende correr o mesmo risco.

“Eu como vi a minha mãe, a geração de minha mãe toda sem tomar hormônio. E vi todo mundo assim, biruta, cheio de depressão, cheio disso, cheio daquilo. E eu então, achei melhor não arriscar, entendeu? Estou consciente desse risco. Você sabe que agora eu procuro até nem ler muito a respeito? Sabe por quê? Eu vou encher de problemas a minha cabeça? Já tomo há alguns anos, tá? Não tenho insônia, não tenho nada. Sou uma pessoa ativa, não houve alteração no meu corpo...Então, sabe eu... eu

acho uma coisa maravilhosa o medicamento que eu tomo. Sou a favor que todas as mulheres tomem” (Patricia).

Os diversos modos de relação dos indivíduos com o risco também são influenciados por suas crenças na evolução da ciência e nos avanços tecnológicos, que, segundo acreditam, possibilitam opções mais arriscadas, já que o risco pode ser neutralizado, desde que monitorado.

“Eu só sei assim também, uma coisa boa, que hoje em dia também se há um problema de câncer, essa parte está muito avançada também. Você rapidamente detecta, você tem os tratamentos, entendeu? Também de mama, de ovário, de útero... isso aí é coisa rápida mesmo o tratamento, não é? Então as mulheres não podem também... Eu prefiro correr esse risco porque eu sei que a medicina está evoluída, se, por acaso...” (Patricia).

Alguns estudos qualitativos também mostraram divergência significativa entre as perspectivas dos médicos e das mulheres, sobre risco. Walter (2002) estudou o significado do risco em um grupo de mulheres de idades entre 50 e 55 anos e identificou a dificuldade das mulheres em compreender a perspectiva dos médicos sobre o risco envolvido no uso da TH. Verificou, além disso, que a construção do conceito de risco, para os médicos, era de base essencialmente numérica, em contraste com a visão das mulheres que, embora interessadas nas estatísticas, valorizavam também outros aspectos do seu contexto sociocultural, história familiar e experiências anteriores na construção do seu conceito de risco e na sua decisão sobre o uso de TH. Com base nos resultados da pesquisa, o autor recomendou que se continuasse a explorar a perspectiva do paciente, particularmente a influência de suas crenças e emoções sobre o significado do risco.

As questões relativas à informação e comunicação têm muitas peculiaridades que podem ter influência decisiva nas atitudes de médicos e pacientes. Os problemas relacionados de forma consistente pelos pacientes se referem a: ausência de informações, linguagem da comunicação, precisão da informação e informações contraditórias.

“Ela olha para aqueles exames, para aquela parte hormonal e ela diz que está tudo maravilhoso, mas o que acontece exatamente comigo né, na reposição hormonal, eu sei... não sei com clareza, eu sei que melhora meus sintomas mas o quê que pode acontecer exatamente né, o risco aumenta... mas em quanto tempo? Também não sei, não é? Que sintomas eu posso perceber, eu posso ter, que indica que está havendo uma alteração, entendeu? Coisas assim,

dessa natureza, a gente eu acho que não tem... não é claro, não fica claro isso aí” (Patricia).

Em decorrência dessas questões, diversos tipos de mal-entendidos podem acontecer, como a não-adesão ao tratamento, por associar elementos novos à utilização do medicamento. Não sendo instruída pelo médico sobre a ocorrência de possíveis efeitos indesejáveis ou sobre a forma de lidar com eles, a paciente pode estabelecer relações de causa-efeito imprecisas e interromper desnecessariamente o tratamento, abdicando assim dos benefícios.

“Fui no médico, ele me passou um remédio. Eu... aí foi bom que eu não sentia nada. Não sentia calor, não sentia nada. Mas aí eu descobri que eu estava criando pêlo. Tinha uns pelinhos, sabe? No rosto. Aí eu deixei. Que entre uma coisa e outra eu preferi ficar com calor, não é? Mas depois que eu parei, voltou tudo outra vez. Mas por causa daquele negócio do pêlo, essas coisas, eu resolvi não tomar mais, entendeu? Eu fiquei preocupada” (Pilar).

Stevenson (2000), em estudo específico sobre a comunicação médico-paciente, observou que, além de um número significativo de pacientes não saberem informar o nome dos medicamentos prescritos, 50 % não haviam sido informados sobre possíveis efeitos colaterais e, não raro, os pacientes interrompiam o uso da medicação por sintomas que atribuíam ao seu uso.

A adoção de condutas mais arriscadas também pode ocorrer, por problemas na comunicação. Um fato que chamou a atenção foi o relato de pacientes que afirmaram não mais fazer uso de terapêutica hormonal, porque a via utilizada agora era a vaginal.

“Ela falou: ‘Não usa mais, porque seu seio realmente... aí agora existem umas dúvidas sobre isso e você tem um seio sensível, pode causar alguma coisa’. Então... aí eu achei ótimo porque ela foi falar isso aí que mesmo... Era o que eu queria. Eu não usei mais hormônio. Eu ponho agora o... eu uso o creme, né, vaginal” (Poliana).

As incertezas em torno da terapêutica hormonal, a velocidade da informação e as dificuldades de atualização, expressivamente referidas pelos médicos, são fatores de interação significativa na produção de informações geralmente vagas e frequentemente contraditórias. O texto abaixo é de uma paciente que havia iniciado terapêutica hormonal objetivando melhor qualidade de vida, por insistência de sua médica, apesar de não ter sintomas. Algum tempo depois, ao ser atendida por outra médica, que tinha opinião

contrária ao uso profilático da TH, acabou ficando muito confusa, devido à reação desta médica diante da situação apresentada.

“Quando eu falei pra ela que eu estava fazendo reposição hormonal, ela disse: ‘Mas que loucura! Você não pode! Pra quê reposição hormonal? Aqui no Rio, no Brasil, tem essa mania de fazer reposição hormonal! Você não tem nem útero, para que você está fazendo reposição hormonal? Você não tem ovário? Agora... imagina, falar essas coisas pra mim, completamente por fora, né, a gente não sabe o que argumentar assim, né?’. ‘Ah! Não há necessidade, não sei o quê’. Eu digo: ‘O que a médica me falou, naquela língua de médico, né...o que eu entendi, é que os hormônios, os meus ovários não fabricam mais a quantidade de hormônio que me dê uma vida melhor, como quando eu tinha quando mais jovem. E por isso a reposição; foi isso que eu tinha entendido’. Ela disse: ‘Ah! Mas, não pode ser assim porque isso, não sei o quê, não sei o quê lá, pereré, pereré’” (Poliana).

Não é raro que, no mesmo serviço e até no mesmo dia, os pacientes recebam informações conflitantes sobre a mesma questão, o que pode deixá-los ainda mais confusos e com grande dificuldade de escolher o melhor caminho a seguir. O paciente espera que o médico pelo menos o ajude a decidir, através de informações claras e objetivas, e acaba recebendo orientações diametralmente opostas, dependendo dos valores dos médicos, e até a questão do gênero pode ter influência, tanto na opinião do médico quanto na escolha do paciente.

“Eu tive em menos de cinco minutos, duas opiniões totalmente diferentes. O cirurgião, que é uma pessoa de notório saber, especialista em melanoma, disse que não existia nenhuma evidência científica da ligação entre melanoma e estrogênio durante o climatério, que eram ainda polêmicas, etc. Três minutos depois eu fui examinada pela dermatologista do próprio serviço, não é? Mas essa é uma médica mulher. E ela foi, taxativamente contra. Ela falou: ‘Não usa’. Aí eu questionei: ‘Olha... interessante, porque o cirurgião acabou de me dizer que isto ainda é muito polêmico’. Aí ela simplesmente olhou para mim e falou: ‘A grande diferença entre a opinião dele e a minha é que ele é homem e eu sou mulher. Eu, como mulher, acho que você não deve usar, essa é minha opinião de mulher, mais do que de médica’. Aí eu achei que ela foi extremamente sensata e eu fui nas águas dela” (Piedade).

Exline (1998), em estudo realizado sobre concepções dos médicos sobre riscos e benefícios da terapêutica hormonal, também observou influência do gênero do médico em suas opiniões e orientações às pacientes, verificando maior preocupação com o risco de

câncer de mama entre ginecologistas do sexo feminino do que entre seus colegas do sexo masculino.

O médico não é a única fonte de informação do paciente e definitivamente não é a de linguagem mais clara, o que ficou evidente tanto nas entrevistas com as pacientes quanto nas conversas com os médicos. É razoavelmente comum que o paciente venha ao consultório com dúvidas remanescentes de consultas anteriores, com outros médicos.

Estudos anteriores também mostraram que a informação do médico não é a única e nem mesmo a principal fonte de informação utilizada pelas mulheres ao tomarem suas decisões. Griffiths (1999), em investigação realizada no Reino Unido, sobre fatores que influenciam a decisão das mulheres sobre TH, verificou que suas fontes principais de informação sobre TH eram a mídia e as pessoas de suas relações sociais.

Newton (1998) também estudou a influência das informações dadas pelo médico e de outras fontes de informação sobre a decisão das mulheres a respeito da TH e verificou que muitas mulheres ainda se sentem insuficientemente informadas sobre TH por seus médicos. Observaram também associação significativa entre o uso de TH e a quantidade de informação dada pelo médico: a maioria das mulheres que referiram ter recebido suficiente informação de seu médico eram usuárias de TH; e ao contrário, o relato de informação insuficiente era significativamente mais freqüente entre as que haviam optado pelo não-uso da TH.

A linguagem utilizada pelos meios de comunicação é muito mais facilmente compreensível, mesmo quando veiculada por médicos, em programas televisivos de debates e entrevistas ou mesmo em textos de telenovelas. A informação assim veiculada pode, por vezes, atingir o paciente de uma forma muito mais eficaz do que na situação do atendimento médico.

“Quando eu digo à minha mãe que tomo essa reposição, ela acha um absurdo, entendeu? Ela: ‘Olha, vai dar câncer!’. Ela escuta no Jornal Nacional, não é? Assiste aos programas da tarde, entendeu? É... esses programas de mulheres, entendeu? Ela é contra o hormônio” (Patricia).

Por outro lado, o conteúdo dessas informações pode ser contraditório e tornar mais confuso o pensamento do paciente e dessa forma dificultar sua tomada de decisão.

Andrist (1998) estudou o impacto da mídia sobre as decisões das mulheres relativas à terapêutica hormonal no climatério e verificou que as mulheres que tinham maior acesso às informações dessa forma veiculadas eram mais reticentes em tomar decisões. Referiu que elas atribuíam explicitamente tal dificuldade às informações contraditórias apresentadas pela mídia.

Em face de todas essas dificuldades de informação e comunicação, não foi nenhuma surpresa constatar o quase absoluto desconhecimento das pacientes sobre a prática do consentimento informado. Apenas duas pacientes fizeram alguma referência a esse respeito, sendo uma delas a médica, com experiência passada como médica e como paciente nos Estados Unidos, onde o consentimento informado é um procedimento já implantado há muitos anos. A outra paciente se referiu espontaneamente ao consentimento informado para a situação em que o médico fosse de opinião desfavorável à TH e viesse a prescrevê-la apenas para atender à solicitação da paciente.

“Se ela vai se sentir melhor hoje, mas ela... o risco aumentou, então eu acho que o médico tem que dizer: ‘Não, o seu risco aumenta, se já tem o risco, ele aumenta’. Acho até que quando essa paciente assume a responsabilidade de fazer a reposição, tinha que assinar um termo de responsabilidade” (Paula).

Em todas as entrevistas, e sempre que essa opinião não foi espontaneamente colocada, perguntávamos à paciente explicitamente, quem deve tomar as decisões e quem toma as decisões. A resposta da paciente é bastante ilustrativa da diferença entre assinar o consentimento e de fato participar da decisão.

“Lá nos Estados Unidos, você tem que assinar uma porção de papéis. Sempre assinei tudo, sempre li tudo, sempre eles fazem questão que você leia e sempre é... fui informada e consenti. E aí, nisso eu te dou minha opinião: eles continuam decidindo sozinhos. Eu já tive essa experiência: o médico americano é extremamente autoritário, extremamente; é ele que decide. Manda a paciente assinar o papel lá e tal... e coisa... Do contrário, se você não concordar com ele, ele fala assim: ‘Vai. Procura outro’”. (Piedade).

Ficou claro que o desejo da paciente de participar da decisão depende do tipo de decisão. De modo geral, a decisão de iniciar a terapêutica hormonal é vista pelas mulheres como de grande importância e de grande responsabilidade, devido principalmente aos riscos envolvidos. Em função disso, ela reconhece como sendo do médico a

responsabilidade da prescrição, por sua competência técnica: *“Eu acho... sinceramente eu acho que uma... a maioria dessas decisões, né, é do médico, porque o paciente, ele não consegue visualizar o... as conseqüências”*.

Esse tipo de atitude está de acordo com o observado por Coulter (1999), que atribui tal postura ao temor dos pacientes de assumir responsabilidades em relação às conseqüências de decisões erradas.

Esse pensamento, entretanto, não é consenso entre os pesquisadores do tema. Mansell (2000), estudando os fatores que influenciam o desejo dos pacientes de tomar decisões sobre seu tratamento, verificou que os pacientes preferem participar nas decisões referentes a situações de maior gravidade, mas podem preferir não se envolver em decisões consideradas mais simples ou de menor risco.

Por outro lado, a decisão de interromper o tratamento pode ser tomada pelas pacientes, em função de efeitos indesejáveis, como o ganho de peso ou outros sintomas por ela associados ao tratamento, mesmo diante da opinião contrária do médico.

“Em um mês eu engordei seis quilos. Eu tive que refazer todo o meu guarda-roupa. Meu rosto... era tudo cheio de líquido. Eu voltei na consulta seguinte e falei: - Olha, está tudo muito bom, está tudo muito bem, realmente eu estou muito melhor, mas esse negócio está me incomodando muito. Eu estou retendo muito líquido, eu não consigo, eu estou imensa, não consigo me acostumar comigo assim, eu não sou assim, não é? Aí ele falou: ‘Não, mas é assim mesmo, você está muito bem’. Aí ele falou lá também mais umas coisas e eu desisti, tanto do médico quanto do tratamento” (Paula).

Reynolds *et al.* (2002), em estudo realizado em Massachussets, com 449 mulheres de idades entre 45 e 59 anos, investigaram razões para a interrupção do uso de TH no climatério e concluíram que, na maior parte dos casos, a não-continuidade esteve relacionada à dificuldade relatada pelas mulheres quando da decisão de iniciar a TH, devido principalmente à preocupação com efeitos indesejáveis como sangramentos irregulares e ganho de peso.

Newton (1997) verificou, além disso, que embora a opinião do médico tenha lugar importante na decisão da mulher sobre usar ou não usar TH, muitas mulheres tomavam tal decisão de forma absolutamente independente, sem discutir o assunto com seus médicos.

Quando sintomas indesejáveis mais imediatos não ocorrem e a mulher reconhece o tratamento hormonal como eficaz no alívio de seus sintomas, apesar de ter medo de vir a ter câncer no futuro, não é comum que ela interrompa o tratamento sem consultar o médico. Nesse caso ela geralmente opta por compartilhar sua preocupação com o médico e geralmente, se ele lhe transmitir segurança, ela permite que ele decida.

Não creio ser possível apresentar uma conclusão definitiva identificando um padrão de comportamento de médicos ou de pacientes em relação à decisão clínica, como resultante da interação desses fatores – não foi esse nosso objetivo. Por outro lado, a análise dos textos permitiu identificar algumas relevâncias aqui apresentadas e que, acredito, poderão contribuir para a compreensão das questões apontadas e também para suscitar novas reflexões, na busca contínua de aprofundamento do conhecimento acerca da complexidade dessas relações.

Capítulo V – Conclusão

Iniciamos nossa argumentação situando este trabalho no contexto da qualidade em saúde. Partimos da premissa de que, para se realizar um atendimento médico de boa qualidade, é necessário conhecer e respeitar os direitos dos pacientes. Focamos a discussão nas questões relativas à autonomia do paciente, trabalhando com as perspectivas dos médicos e dos pacientes sobre o tema.

No capítulo introdutório, justificamos a escolha da terapêutica hormonal do climatério, conscientes de que algumas reflexões talvez não pudessem ser aplicáveis a outras situações clínicas. Pudemos constatar, entretanto, que na maior parte do tempo as lógicas utilizadas pelos médicos não são específicas da terapêutica do climatério e nem sequer da Ginecologia, uma vez que se referem a questões que transcendem o âmbito da especialidade e podem, portanto, ser consideradas em outros setores da prática médica.

Tivemos o cuidado, porém, de apontar algumas peculiaridades do caso escolhido, como por exemplo, a questão de não estarmos abordando o tratamento de doenças graves, situação que possivelmente influenciaria o equilíbrio entre os fatores considerados por médicos e pacientes no processo de tomada de decisão.

Foi interessante perceber que o discurso dos médicos e dos pacientes, relativo aos seus valores sobre qualidade do atendimento médico, foi em muitos pontos semelhante. De modo geral, foram privilegiados os aspectos da relação médico-paciente. Os aspectos técnico-científicos do atendimento foram reconhecidos como importantes, mas não foram mencionados em primeiro lugar, e não foram apontados pelas pacientes como determinantes da troca de médico.

Diferentemente do observado por Boltanski (2004), que verificou priorização dos aspectos do relacionamento apenas entre pacientes das classes populares, as pacientes aqui entrevistadas se manifestaram de forma semelhante, independentemente da classe social, revelando alta valorização dos aspectos humanísticos do atendimento. Os atributos “pessoais”, como tempo disponível, atenção, interesse pelo paciente, ética e amor à profissão, foram apontados por todos os médicos e pacientes como essenciais à qualidade do atendimento médico.

Observamos, entretanto, certa dissonância entre esses valores e as atitudes reveladas no decorrer das entrevistas, atitudes essas relacionadas, por médicos e pacientes, às mudanças históricas relativas ao trabalho médico, à evolução do conhecimento médico, à velocidade da informação e às dificuldades dos médicos de acompanhar essas mudanças. Todos esses fatores podem influenciar a relação médico-paciente e a qualidade do atendimento médico, incluindo o processo de decisão clínica.

Quando exploramos com os médicos a lógica da decisão clínica, obtivemos um padrão de resposta consistentemente repetido, privilegiando os aspectos técnicos: indicação clínica, ausência de contra-indicações, informação sobre riscos e discussão com a paciente, antes da decisão final. Prevaecem os princípios da beneficência e da não-maleficência, associados à autonomia profissional. A autonomia do paciente tem um espaço bem delimitado: uma vez respeitado o princípio da não-maleficência, a decisão pode ser compartilhada.

Ainda que possam considerar tratamentos alternativos, quando solicitados pelos pacientes, os médicos acreditam que devem inicialmente apresentar sua proposta terapêutica, não havendo necessidade de discutir, *a priori*, outras opções.

Na avaliação dos médicos, o uso de protocolos clínicos ainda não foi incorporado à prática cotidiana, nem no serviço público nem no consultório particular; os médicos preferem manter a liberdade de basear suas condutas na experiência clínica e as justificativas apontadas para isto variaram, desde a falta de tempo para atualização e a falta de recursos para adoção dos protocolos, até a necessidade de individualização dos casos, incluindo o perfil psicológico e sociocultural do paciente.

Embora a preocupação com processos jurídicos seja uma constante, a prática do consentimento informado não está consistentemente implementada. O argumento apresentado foi sua associação ao prejuízo da relação médico-paciente.

O contexto externo pode influenciar esse processo de diversas formas, mas a diferença é mais nítida quando confrontamos a situação de atendimento na rede pública com a consulta médica, no consultório particular. As lógicas empregadas pelos mesmos profissionais são consistentemente diferentes, quando eles atuam em um local ou no outro.

No serviço público, a lógica cientificista fica prejudicada pela falta de acesso aos recursos, o que pode fazer com que prevaleça a lógica do humanitarismo, associada à cultura informal, do “jeitinho”. Humanitarismo, beneficência e não-maleficência são princípios aparentemente complementares e costumam ser considerados em associação. Entretanto, conforme apresentado no capítulo IV, as condutas reveladas nesse caso, embora na lógica do humanitarismo, podem comprometer significativamente a segurança do paciente, ferindo assim ao mesmo tempo os princípios da beneficência da não-maleficência, da autonomia e também da justiça. Mesmo assim, não há preocupação expressiva com o risco de processos jurídicos; é possível que o médico se sinta mais protegido pelo fato de ser a responsabilidade compartilhada com a instituição, uma vez que, regra geral, o vínculo do paciente não se faz com o médico, e sim com a instituição.

No serviço público, o modelo de decisão é também fortemente influenciado pela falta de alternativas. O tratamento “escolhido” é o que está disponível naquele momento. A participação da paciente fica restrita à aceitação ou recusa do tratamento: não há muitas alternativas fora disso. A autonomia profissional também está comprometida. Os médicos relacionam esses aspectos a deficiências nos processos de gestão da instituição, a qual, de acordo com o Código de Ética Médica (CRM-RJ, 2000), é responsável pelo provimento de condições favoráveis ao exercício da boa prática profissional.

Observamos que, na prática de consultório particular, prevalece a lógica cientificista, facilitada pela maior disponibilidade de recursos. O medo de ser processado pelo paciente e a maior preocupação com a relação médico-paciente também influenciam o processo decisório, tornando a atitude do médico, frequentemente defensiva.

A lógica utilizada pelos pacientes depende fundamentalmente da presença de sintomas, do grau de incômodo decorrente do tratamento e dos riscos envolvidos, mas pode ser influenciada por diversos outros fatores, tais como: experiências anteriores, percepção acerca do risco, acesso ao médico, custo do tratamento e o grau de informação sobre tudo isso.

O grau de confiança depositada no médico tem grande associação com o modelo paternalista. O risco envolvido na decisão também está associado ao paternalismo, tanto na lógica de médicos quanto de pacientes, por envolver maior grau de responsabilidade e, portanto maior competência técnica. Já a presença de sintomas indesejáveis ou inesperados

está associada à interrupção do tratamento, pelo paciente, de forma autônoma. No caso em estudo, a situação colocada como ideal para que a decisão seja compartilhada foi a presença de sintomas (indicação clínica), associada ao baixo risco da intervenção (ausência de contra-indicações) e à existência de alternativas terapêuticas.

Considerações Finais

Para que haja compartilhamento da decisão é preciso, em primeiro lugar, que haja compartilhamento da informação. Para que isto aconteça, é preciso mais do que estar aberto e preparado para os questionamentos do paciente; é importante que o médico seja pró-ativo e que disponibilize tempo para ouvir o paciente, informá-lo acerca de sua condição clínica e das opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis, incluindo benefícios esperados e riscos potenciais. É necessário, além disso, que médicos e pacientes estejam cômnicos de seus direitos e deveres como cidadãos e como profissionais.

Não tivemos intenção em nenhum momento de apontar as situações clínicas em que deva a decisão ser mais ou menos compartilhada. Em grande medida este trabalho já foi feito e pode ser encontrado na literatura sobre ética e nos documentos oficiais dos conselhos de classe e associações profissionais. O direito do paciente à autonomia está contemplado na legislação e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina e em diversos artigos do Código de Ética Médica.

A reflexão a que nos propusemos foi no sentido de buscar questões que de alguma forma pudessem estar relacionadas à dissonância observada entre o discurso em prol da autonomia do paciente e a prática muitas vezes cerceadora deste direito. Como pudemos constatar, não há antagonismo explícito nos valores dos médicos a respeito do direito do paciente à autonomia, a não ser em situações de risco comprovadamente alto, situações essas em que o paciente também não parece reivindicar autonomia de decisão, mas simplesmente informação.

Também não identificamos diferenças significativas no que se refere aos juízos acerca do que signifique um atendimento médico de boa qualidade: médicos e pacientes defendem um atendimento cuidadoso e atento às necessidades e expectativas do paciente.

Algumas questões continuam a nos intrigar e permanecem como desafios. Que mudanças são necessárias para que as atitudes dos médicos possam se tornar mais coerentes com seus próprios valores? Até que ponto uma estratégia educativa institucional pode influenciar positivamente o comportamento dos profissionais e promover a melhoria da qualidade do cuidado em todos os setores onde atuam? De que forma o aperfeiçoamento

dos processos de gestão pode motivar os profissionais a buscar a avaliação e a melhoria contínua de desempenho?

O fato de existirem diferenças relevantes entre as atitudes dos médicos nas instituições públicas, nas instituições privadas e no consultório particular justificaria estratégias de melhoria diferenciadas para cada um desses setores?

Vimos que as diferenças entre as lógicas utilizadas no atendimento médico na rede pública e no setor privado, em nosso contexto social, são fortemente influenciadas pelos custos envolvidos e pela disponibilidade de recursos, assim como pelo tipo de vínculo do profissional com a instituição. O que fazer para melhorar esse cenário e que melhorias são possíveis nessas condições?

A experiência com a acreditação de hospitais tem mostrado que melhorias relevantes podem ser implementadas na instituição, ainda em condições de restrição orçamentária. Percebemos também, por outro lado, que mesmo grandes investimentos financeiros podem ter resultados acanhados, se as estratégias não forem adequadas às reais necessidades da instituição e das pessoas que lá trabalham e que lá são atendidas.

A título de exemplo, algumas experiências que vivenciamos, *in loco*, no trabalho de preparação dos hospitais para a acreditação, vão aqui citadas, pelo seu alto grau de associação aos resultados. São elas: a implementação de protocolos e rotinas; o monitoramento dessas diretrizes, através de indicadores; a definição e promoção dos direitos do paciente; e o processo de educação permanente dos profissionais.

A adoção de protocolos clínicos costuma encontrar certa resistência inicial entre os profissionais do hospital, pelas razões apresentadas linhas atrás, no capítulo V. Verificamos, entretanto, que sendo o processo de acreditação muito mais aberto e participativo do que impositivo, é possível transformar a implementação dessas diretrizes em um processo de construção coletiva, em que os profissionais discutem prioridades e definem juntos os protocolos relevantes para suas necessidades, de acordo com a missão de cada serviço e o perfil da clientela. Nessa mesma lógica, definem-se as prioridades de monitoramento e os respectivos indicadores. Dessa forma, os profissionais, ao perceberem a oportunidade de construir eles próprios uma nova forma de trabalho coerente com seus valores, tornam-se muito mais motivados, inclusive para o trabalho em equipe, com benefícios evidentes para a qualidade do cuidado.

A promoção dos direitos do paciente requer um planejamento cuidadoso e atento às peculiaridades da clientela de cada instituição. Certos direitos são garantidos por lei e são aplicáveis a todos os pacientes, devendo, portanto, ser observados em qualquer instituição. Outros se referem mais especificamente a determinadas populações de pacientes considerados mais vulneráveis – por exemplo, os pacientes idosos, as crianças e adolescentes e outros. As reuniões interdisciplinares, nas quais esses aspectos são discutidos para que se possa chegar a um consenso, possibilitam, ademais, a ampliação do debate sobre um sem-número de questões institucionais relacionadas direta ou indiretamente com os direitos dos pacientes, mas sempre de alta relevância institucional.

Qualquer que seja o contexto, para que mudanças aconteçam, a variável recursos humanos permanece como eixo central, ao qual estão associados, de várias formas, toda a estrutura e processos de qualquer instituição de saúde, e de cujo desempenho dependem direta ou indiretamente os resultados obtidos. Não pretendemos aqui, de forma nenhuma, reforçar o sentimento de culpabilidade dos indivíduos pelos fracassos da instituição. Também não defendemos a tese da heteronomia nas instituições de saúde. Pelo contrário, concordamos com Enriquez (2000, p.22), que as instituições podem se beneficiar quando os sujeitos conseguem manifestar sua originalidade e autonomia, pois “se elas tivessem em seu seio somente membros conformes com seu ideal, seriam condenadas a um aumento da entropia”.

Entretanto, certos pressupostos universais precisam ser resguardados, o que requer o estabelecimento de acordos institucionais baseados na ética e nas especificidades de cada instituição. Como comenta Motta (2000, p.100), “os pressupostos universais são um instrumento para decifrar os pressupostos básicos de cada organização em particular, servindo para lhes dar forma, sem contudo tomar o seu lugar”.

A partir desse reconhecimento, qualquer abordagem de melhoria de qualidade deve considerar as necessidades, expectativas e direitos dos pacientes, mas deve ainda abordar, também de forma diferenciada, os aspectos relativos à educação e qualificação, mas também às necessidades e anseios dos profissionais, incluindo processos avaliativos, não apenas do ponto de vista técnico-científico, mas também em relação aos aspectos éticos da prática profissional.

Acredito que a melhor compreensão a respeito dos sentimentos e valores dos médicos e pacientes e de como esses valores e sentimentos interagem, determinando suas atitudes, comportamentos e formas de relacionamento, possa influenciar positivamente a definição de políticas de saúde e de políticas educacionais, em prol da construção de uma prática mais humanista e de melhor qualidade, voltada para o real atendimento às necessidades dos pacientes.

O grande desafio corresponde ao atendimento das expectativas da sociedade em relação ao médico, como sujeito, cuja formação deve harmonizar as lógicas técnica e humanística, em sintonia com as transformações demográficas, epidemiológicas, sociais, culturais, econômicas e políticas, estabelecendo como foco principal o respeito aos direitos do paciente e de sua família, dentro de padrões éticos e técnico-científicos de qualidade.

Referências Bibliográficas

- ABRAHAM, S. et al. Australian women's perception of hormone replacement therapy over 10 years. **Maturitas**, Limerick, IE, v. 21, p. 91-94, 1995.
- ABRAMSON, B. et al. Hormone replacement therapy and cardiovascular disease. **Journal Obstetrics and Gynaecology Canada**, Ottawa, v. 24, n.7, p. 577-579, 2002.
- AGUIAR, N.; NORONHA, JCN. Acreditação de hospitais: sinopse sobre as atividades de acreditação. **Boletim informativo CBC**, n. 99 jan-mar, 1998.
- ALMEIDA, José Luiz Telles de. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido**: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. 1999. 129 f. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
- ANDRIST, L. C. The impact of media attention, family history, politics and maturation on women's decisions regarding hormone replacement therapy. **Health Care for Women International**, Washington, DC, v.19, n. 3, p. 243-260, May-June.1998.
- BALINT, J.; SHELTON, S. Regaining the initiative. Forging a new model of the patient-physician relationship. **JAMA**, Chicago, v. 275, n. 11, Mar., p. 887-891, 1996.
- BARLOW, D. National osteoporosis society statement, February 2003: hormone replacement therapy and The Women's Health Initiative Study. In: STUDD, J. (Ed.) **The Management of the Menopause**. 3rd ed. New York: Parthenon Publishing Inc., 2003. p. 13-16.
- BARRET-CONNOR, E. et al. Raloxifene and cardiovascular events in osteoporotic menopausal women. **JAMA**, Chicago, v.287, p.847-857, 2002.
- BATISTA, N.; SILVA, S. A. Souza e. A função docente em medicina e a formação educacional permanente do professor. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.22, n. 2-3, p. 31-36, set.-dez. 1998.
- BEAUCHAMP, T. L. Informed consent. In: VEATCH, R. M. **Medical Ethics**. Boston: Jones & Bartlett Publishers, 1989. p. 173-200.

BOHIGAS, L. Accreditation across borders: the introduction of Joint Commission Accreditation in Spain. **Joint Commission Journal on Quality Improvement**, St. Louis, v.4, n.5, p. 226-231, May. 1998.

BLUMBERG, G. et al. Women's attitudes towards menopause and hormone replacement therapy. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, New York, v. 54, n. 3, p. 271-277, Sept. 1996.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

BRADDOCK, C. et al. Informed decision-making in outpatient practice. Time to get back to basics. **JAMA**, Chicago, v. 282, n. 24, p. 2313-2320, Dec. 1999.

BRITTEN, N. et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. **BMJ**, London, v. 320, n. 19, p. 484-488, Feb. 2000. Disponível em: <<http://www.bmj.com>>. Acesso em: 3 fev. 2005.

CAMPBELL, S.; WHITEHEAD, M. Oestrogen therapy and the menopausal syndrome. **Clinics in Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 4, p. 31-47, 1977.

CANCLINI, N. G. **Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

CASSEL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 306, p. 639-645, 1982.

CERQUEIRA NETO, Edgard Pedreira de. **Paradigmas da qualidade**. Rio de Janeiro: Imagem, 1992. (Série Qualidade e produtividade).

CHARLES, C.; WHELAN, T.; GAFNI, A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? **BMJ**, London, v. 319, p. 780 - 782, Sept. 1999.

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, Concepção e Desenvolvimento. In: ALMEIDA, M. J. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

CLOTET, J. Por que bioética? **Bioética**, Brasília, v. 1, p. 13-17, 1993.

CONNELLY, M. T. et al. Patient-identified needs for hormone replacement therapy counseling: a qualitative study. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v.131, n. 4, p. 265-268,1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/resolucoes/reso196de96.doc>>. Acesso em: 3 mar. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual do médico: informar para não punir**. Rio de Janeiro: Daugraf Gráfica Editora, 2000. Código de Ética Médica.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Manual internacional de padrões de acreditação hospitalar**. Rio de Janeiro: CBA: UERJ, 2003.

CORDEIRO, H. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: saúde da família. In: ARRUDA, B. K. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP: Ministério da Saúde, 2001. p.87-20.

COULTER, A. After Bristol: putting patients at the centre. **BMJ**, London, v. 324, p.648-651, 2002.

COULTER, A. Paternalism or partnership? **BMJ**, London, v. 319, n. 18, p.719-720, Sept. 1999. Editorial.

CRANNEY, A. et al. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis IV. Meta-analyses of calcitonin for the prevention and treatment of post-menopausal osteoporosis. **Endocrine Reviews**, Baltimore, v. 23, p.540-551, 2002.a

CRANNEY, A. et al. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis IV. Meta-analyses of raloxifene for the prevention and treatment of post-menopausal osteoporosis. **Endocrine Reviews**, Baltimore, v. 23, p.524-528, 2002.b

DALEY, E. et al. Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. **British Medical Journal**, Edinburgh, v. 307, p.836-840,1993.

DEBER, R. B.; KRAETCHMER, N.; IRVINE, J. What role do patients wish to play in treatment decision-making? **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.156, p. 1414-1420,1996.

DELIEGE, D.; LEROY, X. **Humanisons les hôpitaux**. Paris: Maloine, 1978.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DERMAN, R. J. et al. Quality of life during sequential hormone replacement therapy. A placebo-controlled study. **International Journal Fertility**, Post Washington, v. 40, n.2, p. 73-78, 1995.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.

DONABEDIAN, A. Reflections on the Effectiveness of Quality Assurance. In: PALMER, R. H.; DONABEDIAN, A.; POVAR, G.J. **Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice**. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1991.

DONAHUE, K.T.; JANESKI, J.F. Overview: the evolution of international accreditation and improvement. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**. St. Louis, May. 1998.

DRANE, J. F. Competency to give an informed consent. **JAMA**, Chicago, v. 252, p.925-927, Aug, 1984.

ELWYN,G. et al. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. **BMJ**, London,v. 319, n.18, p. 753 – 756, Sept. 1999.

ENRIQUEZ, E. Vida psíquica e organização. In: MOTTA, F. C. P.; FREITAS, M. E. **Vida psíquica e organização**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2002.

ERIKSEN, E. F.; MOLLER, M.K.; LANGDAHL, B. New and developing therapies in the prevention and treatment of osteoporosis. **European Menopausal Journal**, v.3, n. 2,1996. Suplemento.

EXLINE, J. L.; SIEGLER, I. C.; BASTIAN, L. A. Differences in providers' beliefs about benefits and risks of hormone replacement therapy in managed care. **Journal of Women's Health**, New York, v.7, n.7, p.879-884, Sept.1998.

FERNANDES, C. E. **Controvérsias da terapêutica hormonal (TH) na mulher climatérica**: consenso da SOBRAC (Associação Brasileira de Climatério): terapêutica hormonal na peri e na pós-menopausa. São Paulo: Medcomm, 2004.

FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. **Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology**. London, 2003.

FRIEDSON, E. **Profession of medicine**: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead and Company, 1972.

FROSCH, D. L.; KAPLAN, R. M. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 17, n. 4, p. 285-294, Nov. 1999.

GARTON, M.; REID, D.; RENNIE, E. The climateric, osteoporosis and hormone replacement: views of women aged 45-49. **Maturitas**, Limerick, IE, v. 21, p. 7-15,1995.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade**: a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1992.

GRACIA, D. La bioética medica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Bioética**: temas y perspectivas. Washington, 1990. p. 3-7.

GRAZIOTTIN, A. Strategies for effectively addressing women's concerns about the menopause and HRT. **Maturitas**, Limerick, IE, v. 33, p. 15-23, Nov. 1999. Suplemento 1.

GRIFFITHS, F. Women's control and choice regarding HRT. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 49, p.469-481,1999.

HASS, J. S. et al. Changes in the use of postmenopausal hormone therapy after publication of clinical trial results. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 140, n. 3, p. 184-188, Feb. 2004.

HELMAN, Cecil G. A relação médico-paciente. In: __ **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENDERSON, B. E. et al. Estrogen use and cardiovascular disease. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis v. 154, p. 1181-1186, 1986.

HU, F. B. et al. Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle in women. **New England Journal of Medicine**, Boston, v.343, p. 530-537, 2000.

HUBER, D. Proposed approach for medical quality of care in family planning /reproductive health services supported. **Pathfinder International**, v. 9, Sept. 1994.

HUDELSON, P. M. **Qualitative Research for Health Programs**: division of mental. Geneva: Health World Health Organization, 1994.

HUEZO, C. M.; DIAZ, S. Quality of care in family planning: client's rights and provider's needs. In: SENNANYAKE, P.; KLEIMNMAN, R. L. (Ed.). **Family planning congress**. New Delhi: Pearl River; New York: Parthenon Publishing Group, 1993. p. 235-244.

HULL, V. Improving quality of care in family planning: how far have we come? Jakarta: **Population Council**, 1996.

HULLEY, S. et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. **JAMA**, Chicago, v. 280, p. 605-613, Aug, 1998.

HUNTER, M. The women's health questionnaire: a measure of mid-age women's perceptions of their emotional and physical health. **Psychology and Health**, New York, v. 7, p. 45-54. 1992.

JOFFE, S. et al. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. **Journal of Medical Ethics**, London, v.29, n. 2, p. 103-108, Apr. 2003.

JOINT COMMISSION RESOURCES: **JCI Accredited Organizations**. Disponível em <http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=7693>. Acesso em 12 mar 2005.

KARLBERG, J. et al. A quality of life perspective on who benefits from estradiol replacement therapy. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 74, p.367-372, 1995.

LAINE, C. Should physicians discourage patients from playing the sick role? **Canadian Medical Association Journal**, v.157, n. 4, p.393-394, Aug. 1997. Editorial.

LEWIN, K. J.; SINCLAIR, H. K.; BOND, C. M. Women's knowledge of and attitudes towards hormone replacement therapy. **Family Practice**, Oxford, v. 20, p. 112-119, 2003.

LIMOUZIN-LAMOTHE, M. A. et al. Quality of life after the menopause: influence of hormonal replacement therapy. . **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 170, p. 618-624 170, 1994.

LLOYD, A. J. The extent of patient's understanding of the risk of treatment. **Quality in Health Care**, London, v. 10, p.i14-i18, 2001. Suplemento 1.

LOHR, K.N. Quality in health care: an introduction to critical definitions, concepts, principles, and practicalities. In: PALMER, R.H.; DONABEDIAN, A.; POVAR, G. J. **Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991.

MACDOUGALL, L. A.; BARZILAY, J. I.; HELMICK, C. G. The role of personal health concerns and knowledge of the health effects of hormone replacement therapy (HRT) on the ever use of HRT by menopausal women, aged 50-54 years. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**, Larchmont, NY, v. 8, n. 9, p.1203-1211, Nov. 1999.

MANSELL, D. et al. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 160, p. 2991-2996, 2000.

MARINHO, R. M. et al. **Terapia de reposição hormonal no climatério**. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2001.

MARMOREO, J. et al. Hormone replacement therapy: determinants of women's decisions. **Patient Education and Counseling**, Limerick, IE, v. 33, n. 3, p.289-298, Mar.1998.

McKINSTY, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross-sectional survey with video-vignettes. **BMJ**, London, v.321, n. 7, p. 867-871, Oct. 2000.

MENDELSON, M. E.; KARAS, R. H. Mechanisms of disease: the protective effect of estrogen on the cardiovascular system. **New England Journal of Medicine**, Boston, v.340, p. 1801-1811, 1999.

MILLION women study collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the million women study. **Lancet**, London, v.362, p. 419-427, 2003.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M.C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. . In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=395>. Acesso em 9 mar 2005.

MIRANDA, A.T. C. Projeto de acreditação do Hospital Universitário Pedro Ernesto, HUPE, UERJ. **Interagir: Pensando a Extensão**, Rio de Janeiro, 2001.

MIYAHIRA, H. **Manual de orientação FEBRASGO: defesa profissional**. São Paulo: Ponto, 2002.

MONTGOMERY, A.A.; FAHEY, T. How do treatment preferences compare with those of clinicians? **Quality in Health Care**, London, v.10, p. I-39-i43, 2001. Suplemento 1.

MORGAN, C.; MURGATROYD, S. **Total quality management in the public sector: an international perspective**. Buckingham, England: Open University Press, 1994.

MOTTA, F. C. P. Os pressupostos de Schein e a fronteira entre a psicanálise e a cultura organizacional. In: MOTTA, F. C. P.; FREITAS, M. E. **Vida psíquica e organização**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2002.

NEWTON, K.M. et al. The physician's role in women's decision making about hormone replacement therapy. **Obstetrics & Gynecology**, v. 92, n.4, parte1, Oct. 1998.

NEWTON, K. M. et al. Women's beliefs and decisions about hormone replacement therapy. **Journal of Women's Health**, Larchmont, NY, v.6, n. 4, p.459-465, Aug. 1997.

NEWTON, K. M. et al. What factors account for hormone replacement therapy prescribing frequency? **Maturitas**, Limerick, IE, v.25, n. 39(1), p. 1-10, Jul. 2001.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.

NORONHA, J.C.; PEREIRA, T. R. S. Health care reform and quality initiatives in Brazil. **Joint Commission Journal on Quality Improvement**, St. Louis, v.4, n.5, p. 251-263, May. 1998.

OLSSON, H. L.; INGVAR, C.; BLADSTRÖM, A. Hormone replacement therapy containing progestins and given continuously increases breast carcinoma risk in Sweden. **Cancer**, Philadelphia, v. 97, p. 1387-1392, 2003.

PAGANINI-HILL, A. Hormone replacement therapy and stroke: risk, protection or no effect? **Maturitas**, Limerick, IE, v. 38, p. 243-261, 2001.

PALMER, R. Considerations in defining quality of health care. In: PALMER, R.H.; DONABEDIAN, A.; POVAR, G. J. **Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

PELLEGRINO, E. D. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética medica. In: La Organización Panamericana de la Salud. **Bioética: temas y perspectivas**. Washington, DC: OPAS, 1990. p. 8-17.

PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Profissões de saúde: a formação em questão. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.1, n.3, p. 23-24, 1993.

QUINTO NETO, A.; BITTAR, O.; J., Nogueira V. **Administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 212p.

RADOMINSKI, S. C. et al. **Osteoporose em mulheres na pós-menopausa**. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2002. Projeto Diretrizes.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. . In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.

REYNOLDS, R. F. et al. The role of treatment intentions and concerns about side effects in women's decisions to discontinue postmenopausal hormone therapy. **Maturitas**, Limerick, IE, v. 43, p. 183-194, 2002.

RICO, H. et al. Total and regional bone mineral content and fracture rate in postmenopausal osteoporosis treated with salmon calcitonin: a prospective study. **Calcified Tissue International**, New York, v.56, p. 181-185, 1995.

ROBINSON, A.; THOMSON, R. Variability in patient preferences for participating in medical decision-making: implication for the use of decision support tools. **Quality in Health Care**, London, v. 10, p. i34-i38, 2001. Suplemento.

ROCHA, S. L. A. **O relacionamento médico-paciente: da submissão à igualdade**. 2000. 92 f. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ROLNICK, S. J. et al. Provider attitudes and self-reported behaviors related to hormone replacement therapy. **Menopause**, New York, v.6, n. 3, p. 257-263, 1999.

ROONEY, A.; VAN OSTENBERG, P. **Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde**. Bethesda: Center for Human Services, 1999.

SANTOS, M. M. P. C. et al. Acreditação de serviços de saúde: controvérsias, perspectivas e tendências para o aprimoramento da qualidade. **Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**, Fundação CESGRANRIO, Rio de Janeiro, v.8, n. especial, jun, p. 97-111, 2000.

SCARABIN, P. Y.; OGER, E.; PLU-BUREAU, G. The Estrogen and ThromboEmbolic Risk (ESTHER) Study Group. Differential association of oral and transdermal oestrogen-

replacement therapy with venous thromboembolism risk. **Lancet**, London, v. 362, p. 428-432, 2003.

SCHRAMM, F. R. A autonomia difícil. **Bioética**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 27-37, 1998.

SCHULTZ-ZEHDEN, B. Hormone replacement therapy women's expectations and fears. **Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung**, Jena, v. 94, n. 3, p. 180-188, Apr. 2000.

SEGRE, M.; SILVA, F. L. E.; SCHRAMM, F. R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. **Bioética: Revista do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 15-23, 1998.

SOARES, J. C. R. S. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa**. 2000. 180f. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

STAMPFER, M. J. et al. Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: ten year follow-up from The Nurse's Health Study. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 325, p. 756-762, 1991.

STEVENSON, A. F. General practitioners' views on shared decision-making: a qualitative analysis. **Patient Education and Counseling**, Limerick, IE, v. 50, p. 291-293, 2003.

STEVENSON, A. F. et al. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision-making. **Social, Science & Medicine**, Oxford, v. 50, p. 829-840, 2000.

STRULL, W. M.; LO, B.; CHARLES, G. Do patients want to participate in medical decision-making? **JAMA**, Chicago, v. 252, p. 2990-2994, Dec, 1984.

TEMPORÃO, J. G. et al. O Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA): origens e experiência atual. **Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**, Fundação CESGRANRIO, Rio de Janeiro, v.8, n. especial, jun, p. 73-96, 2000.

TRIVEDI, D. P.; DOLL, R.; KHAW, K. T. Effect of four monthly oral vitamin D3 (cholecalciferol) supplementation on fracture and mortality in men and women living in the community: randomized double-blind controlled trial. **BMJ**, London, v. 326, p. 469-474, 2003.

VEATCH, R. M. Models for ethical medicine in a revolutionary age. **The Hastings Center Report**, New York, v. 2, n. 3, p. 5-7, 1972.

VEATCH, R. M. **Medical ethics**. Boston: Jones & Bartlett Publishers, 1989. p. 173-200

WALTER, F. M.; BRITTEN, N. Patient's understanding of risk: a qualitative study of decision-making about the menopause and hormone replacement therapy in general practice. **Family Practice**, Oxford, v. 19, p. 579-586, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis**. Geneva, 1994. (Who technical report series, 843).

WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS. Risks and benefits of estrogens plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. **Journal American Medical Association**, Chicago, v. 288, p. 321-368, 2002.

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é a sua e a outra é do pesquisador responsável.

Informações sobre a pesquisa:

Título do projeto: Valores e atitudes de médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica: O caso da terapia de reposição hormonal no climatério.

Pesquisadores responsáveis: Ana Tereza Cavalcanti de Miranda (autora) e Hesio de Albuquerque Cordeiro (orientador)

Telefones para contato: 2267-8149 / 2587-6551 / 2539-0048 (Ana Tereza)
2587-7303 (IMS)

O objetivo deste estudo é contribuir para o conhecimento a respeito da lógica utilizada por médicos e pacientes no processo de decisão clínica, na perspectiva de que os resultados obtidos venham a ser úteis para a formulação de novas estratégias visando a melhoria da qualidade do atendimento médico e da satisfação de médicos e pacientes.

Sua participação se dará através de uma entrevista de aproximadamente 60 minutos de duração. Durante a entrevista com a autora da pesquisa, você será solicitado a expor suas concepções, pensamentos e sentimentos a respeito de aspectos relacionados ao tema da pesquisa.

Este estudo não prevê intervenções diagnósticas ou terapêuticas e, portanto, sua participação não o expõe a riscos dela decorrentes.

As entrevistas serão gravadas em áudio. Apenas a equipe de profissionais envolvidos na pesquisa poderá ter acesso às fitas. Sua identidade será preservada. Seu nome não será divulgado. As entrevistas serão identificadas por códigos.

Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito

Eu, -----, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima citado, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto implique em qualquer penalidade.

Local e data-----

Assinatura do sujeito-----

Assinatura do pesquisador ou pessoa que obteve o consentimento-----