

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Câmpus Arararaquara

MARCELO PEREIRA DE BRITO

A IMPORTÂNCIA DAS CLASSES SOCIAIS NA RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE: ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Câmpus de Arararaquara, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia Bioquímica.

Orientadora: Prof.a Dra. Raquel Regina Duarte Moreira.

Co-orientadora: Prof.a Dra. Adélia Emília de Almeida.

Araraquara

2014

AGRADECIMENTOS

Neste breve agradecimento, gostaria muito de dizer de maneira muito humilde e simples a todos aqueles que fizeram parte de mais uma trajetória em minha vida.

À minha família co-sanguínea manifesto meu grande orgulho e dignidade de pertencer e de maneira alguma deixar de plantar as nossas raízes. Cordialidade e respeito, este sempre foi o lema, e assim o foi nesta caminhada, independentemente de quaisquer dificuldades apresentadas no percurso. Portanto, o meu coração, que a vocês pertence, é muitíssimo agradecido.

À família que escolhi, meus amigos (não direi nenhum nome para não me esquecer de nenhum e cometer alguma injustiça), a minha gratidão e satisfação imensa por todo o amor e milhares de experiências vivenciadas. Podem ter certeza que cada uma delas foi de grande aprendizado e mudanças para ser alguém melhor.

Às professoras Raquel Regina Duarte Moreira, Adélia Emília de Almeida e Márcia da Silva, a minha imensa gratidão pelas oportunidades e por todo o acolhimento dado. Considero vocês definitivamente meus anjos da guarda nesta graduação. Jamais poderei retribuir o que fizeram por mim.

E assim, termino de maneira sucinta meus agradecimentos, portanto o meu

MUITO OBRIGADO!

SUMÁRIO

1.	
Introdução	1
1.1. A adesão ao pré-natal e sua importância na gestação.....	1
2. O ideário individualista dos estudantes e profissionais da saúde	3
2.1. A origem prioritária dos profissionais de saúde no Brasil.....	3
2.2. A defasagem na formação dos profissionais de saúde.....	4
2.3. Sobre o comportamento: do profissional da saúde e do usuário.....	5
3. A relação médico-paciente sob a ótica dos pacientes	9
3.1. Como observar o paciente.....	9
3.2. A expectativa cerimonial.....	10
3.3. Sobre as desigualdades sociais na relação médico-paciente.....	11
4. Refletindo um pouco sobre a adesão ao pré-natal	12
5. Conclusão	14
6. Referências Bibliográficas	15

RESUMO

Neste artigo busca-se a compreensão de como as classes sociais podem influir na adesão ao pré-natal, dando-se ênfase na relação médico-paciente, bem como os diversos aspectos que a rodeiam.

No primeiro capítulo, reflete-se sobre a adesão ao pré-natal e suas considerações no período gestacional em relação ao atendimento público de saúde oferecido no SUS. Em seguida, aborda-se a relação médico-paciente como uma relação de classes, através do questionamento de como esta costuma se manifestar nos extratos menos favorecidos, focando-se no pré-natal. Já no terceiro capítulo, a relação médico-paciente analisada sob a ótica do paciente, indicando os diversos fatores que podem influenciar no sucesso de determinada terapêutica. No quarto, e último capítulo, há reflexões sobre como a capacitação dos profissionais da saúde, bem como a melhora da infra-estrutura das redes básicas de atendimento à saúde são imprescindíveis para a maior adesão ao pré-natal.

ABSTRACT

This article is focused in the understanding of how can social classes influence in prenatal, throughout the patient medical relationship as well as the many aspects surrounding.

In the first chapter, reflected about the adherence to prenatal and considerations in gestational period when dealing with public health treatment offer by SUS.

Next chapter, patient medical relationship is addressed as a relationship classes, over questioning how this relationship use to be in front of disadvantaged extracts, focused in prenatal. In the third chapter, the patient medical relationship is analyzed throughout the patient vision, pointing the many factors that can induce the success of a therapeutic. In the last chapter, there are reflections about whereby health professionals upgrading, as well as the improve of basic health care networks are necessary to a larger prenatal adherence.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ADESÃO AO PRÉ-NATAL E SUA IMPORTÂNCIA NA GESTAÇÃO

É de se notar que a gestação promove inúmeras mudanças na vida da mulher, afetando-a de uma maneira que ultrapassa as questões de classe, acometendo praticamente todas as atividades nas quais esta está envolvida como educação, trabalho, saúde, sexualidade, etc (SARMIENTO, SETÚBAL, 2003).

De qualquer maneira, há fatores que se destacam durante o período gestacional como vida pessoal, situação marital, condições sócio econômicas, escolaridade, bem como crenças e valores culturais, sendo estes costumeiramente de extrema relevância na boa evolução da maternidade (JENERAL, HOGA, 2004).

A adesão ao pré-natal é imprescindível para uma boa gestação, uma vez que esta atividade tem como característica básica a promoção da saúde da gestante e do feto, identificando possíveis situações de risco para ambos e permitindo intervenções em momentos adequados e oportunos, ressaltando-se que há estudos que apontam que uma boa frequência ao pré-natal está ligada a melhor crescimento intra-uterino, menor taxa de morbi-mortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e de morte materna (BOLZÁN, GUIMAREY, NORRY, 2000 e MENEZES et.al, 1998), ou seja, fatores que estão totalmente conectados com o desenvolvimento gestacional até o momento do nascimento.

O Ministério da Saúde Brasileira afirma que são necessárias seis consultas, no mínimo, para se ter um bom acompanhamento gestacional, iniciando-se no primeiro trimestre de gravidez, porém o Brasil, mesmo com um aumento significativo dos serviços pré-natais através da amplificação das redes básicas de saúde, do Projeto Saúde Família (PUCCINI et.al , 2003 e . COIMBRA LC et.al, 2003), entre outros, possui ainda desigualdades na atenção oferecida à suas gestantes.

Cabe-se também, enfatizar a realidade brasileira, econômica e socialmente neoliberal, onde se tem uma enorme concentração de renda, que se manifesta através de profundas desigualdades sócio-econômicas, de saúde, etc, evidenciando a necessidade da implementação e concretização de boas atenções pré-natais, de modo a seguir as diretrizes do SUS (Sistema único de Saúde) quando se diz respeito à equidade, universalidade e integralidade nele estabelecidas.

Autores como Coimbra et al, 2003, indicam em seus estudos que a inadequação na adesão ao pré-natal e seus cuidados costumam ser maiores em parturientes oriundas de extratos de baixa renda, baixa escolaridade materna e ausência de companheiro são contribuintes para uma baixa frequência aos atendimentos de atenção pré-natal prestados, geralmente no âmbito da saúde pública.

Além de todos os aspectos influentes na gestação citados, ainda há outros que corroboram com uma baixa adesão ao pré-natal como a ausência de rede de Referência Básica de Saúde do Município para onde o parto será efetuado, a ausência de vínculo entre médico e gestante, no momento do parto e da assistência pré-natal, e também a dificuldade no agendamento das consultas nas unidades básicas de saúde. Tais aspectos, a qualidade e vínculo entre assistência pré-natal, médicos e local de parto, foram abordados na literatura (LAMY et al. 2000, SANTOS 2000), sendo estes aspectos de importância explícita quando discute-se sobre as maneiras como devem ser abordadas e avaliadas as desigualdades, entre as diferentes classes sociais e extratos sócio-econômicos e culturais, a fim de promover futuras melhoras na adesão ao pré-natal e perante a saúde materno-infantil como um todo.

2 O IDEÁRIO INDIVIDUALISTA DOS ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

2.1 A origem majoritária dos profissionais de saúde no Brasil

A maior parcela dos estudantes que frequenta cursos na área da saúde no Brasil, como os cursos de Ciências Farmacêuticas, Ciências Médicas, Odontologia, entre outros, aspira ao ideal neoliberal de atuar com seus iguais, as classes média e alta urbanas, onde se tem o combate ao capitalismo sob influências do estado de bem-estar social, foca-se no mercado internacional, através de equipamentos de alta tecnologia e mercado farmacêutico exacerbando uma exclusão social, como Petras (1997) aborda ao enfatizar que

“(...) a imposição política de um modelo econômico pré-industrial (neoliberalismo) sobre uma formação social avançada exerce efeitos aberrantes na economia e na sociedade, desarticulando os setores econômicos a as regiões interligadas e também marginaliza e (...) exclui as classes produtivas (operários e fabricantes), fundamentais para o mercado nacional.” (PETRAS, 1997, p.17)

Concomitantemente há uma formação teórica voltada para dentro de um modelo tradicional de atendimento e relacionamento, como existe nos Estados Unidos da América. Cabe lembrar que este país citado exerceu grande influência sobre o Brasil, o qual desenvolveu suas políticas públicas na área de saúde através de uma “americanização perversa”, onde o governo de 1964 aderiu ao modelo americano, através de pressões que reivindicavam menor ingerência do Estado na manutenção das convênio-empresas, fazendo com que o SUS fosse aplicado de maneira excludente (VIANNA, M. L. T. W, 2000).

Com isso, o termo “classe social” torna-se mais influente ainda, quando se aborda a relação médico-paciente, uma vez que as situações sócio-econômica e sócio-cultural do usuário do sistema de saúde passa a ser relevante quando se questiona a forma como este será inserido, atendido, com qualidade ou não, bem como o fato de o ambiente hospitalar talvez não possuir infra-estrutura adequada, seja de recursos humanos, equipamentos ou medicamentos, bem como profissionais capacitados para oferecer-se tal atendimento de maneira adequada.

Tal fato é discutido por Luc Boltanski, no momento em que este questiona tal fato indicando que

“... longe de ser uma simples relação”de homem para homem”ou como quer a ideologia médica que ensinava a ver no doente apenas um ser abstrato e indiferenciado, sem levar em consideração, por exemplo, sua religião ou sua classe social-“ o encontro de uma consciência ou de uma confiança”, ou ainda como descrevem alguns sociólogos , apenas uma relação entre um especialista e um profano, a relação médico-paciente é também sempre uma relação de classe modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente.” (BOLTANSKI, 1989, p. 48 e 49)

2.2 A defasagem na formação dos profissionais de saúde

Tendo-se em vista que, não somente os médicos, mas boa parte dos profissionais da saúde é proveniente de classes favorecidas, e sabendo-se que a realidade ensinada em nossas universidades, a área da saúde inclusa, tem a pretensão de ser apolítica, neutra, e justa, pode-se afirmar que, muitas vezes, a universidade termina a promover, em aspectos importantes, um ensino ingênuo, ineficaz e algumas vezes até inócuo, uma vez que leva o aluno, e futuro profissional, a um distanciamento do social e humanizado e uma aproximação ainda maior deste aos ideais e valores hegemônicos da ideologia neoliberal que ele carrega, pois oriundo das classes média e alta urbanas.

Isto se constitui num entrave para o exercício de determinadas atividades em novas áreas que envolvem práticas para as quais o profissional não foi preparado, como é caso do campo da assistência pública à saúde. Há uma enorme valorização do indivíduo, quando tomado como um profissional liberal, perante a sociedade e outros campos de atuação, levando a um comportamento individualista e desumanizado, em detrimento da qualidade de atendimento e atuação como profissional.

O modelo clínico de atuação privada, predominante entre os profissionais da saúde, é geralmente transposto para o setor público, tanto para postos, centros e ambulatorios de saúde, independentemente dos objetivos dos mesmos e da população neles atendidas, tendo algumas conseqüências importantes, dentre as quais destaca-se os conflitos com as representações de Pessoa, saúde, doença, corpo,

próprias aos usuários das instituições públicas de saúde, a baixa eficácia de terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos somados à seleção e hierarquização da clientela (DIMENSTEIN, 2000, p107).

Quando o profissional passa a trabalhar nas instituições públicas de saúde, ele se depara com indivíduos e com um tipo de demanda que difere das que ele atende na clínica privada, como é o caso do SUS (Sistema Único de Saúde) perante algumas instituições privadas no Brasil.

Tal conjunto de indivíduos, em boa parte, passa a ser constituído pela população de baixa renda, tendo-se em vista que, segundo pesquisa realizada pelo IBGE, com o decaimento da renda mensal familiar há uma maior procura de Unidades Básicas de Saúde, enquanto com o aumento deste rendimento há maior procura de Consultórios Particulares e Ambulatório de Clínicas (IBGE, 2003) sendo geralmente encaminhada por outra instituição ou profissional de saúde, de maneira que chega com expectativas bastante distintas daquelas próprias à clientela que busca atendimento no consultório privado.

2.3 Sobre o comportamento: do profissional da saúde e do usuário

Logo, o comportamento do profissional, perante o doente também será dado de maneira distinta, como o próprio Boltanski atesta quando diz que

“as explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social do paciente; médicos, em geral, não dão explicações senão àqueles que julgam “bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado. Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se sequer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados.” (BOLTANSKI, 1989, p. 44 e 45)

Com isso, pode-se compreender que tal comportamento do profissional da saúde evidencia, de certo modo, pode vir a demonstrar ignorância e alienação deste perante o atendimento a cidadãos oriundos de uma realidade alheia à sua, neste caso de extratos sócio-econômicos e culturas diferentes, de modo que este não consegue ter uma relação não hierarquizada, ou seja, não consegue comunicar-

se sem impor seu conhecimento perante o paciente. Assim, dificilmente há a possibilidade de uma comunicação igualitária e humanizada dos cidadãos junto ao serviço de saúde e seus profissionais.

O comportamento dos pacientes no setor público inicia-se de uma problemática juntamente aos profissionais, onde estes se deparam com um grande número de faltas às consultas, atrasos frequentes, dificuldades de comunicação, resultados aquém dos pretendidos, além de um grande número de abandono dos tratamentos; comportamento que na maioria das vezes é atribuído à falta de interesse ou dificuldade na compreensão dos pacientes para a tarefa terapêutica. Há também fatores condizentes com as condições de vida e hábitos desta população, uma vez que tais condições muitas vezes estão relacionadas com diversos sintomas clínicos.

Boltanski (1989) também questiona tal comportamento dos membros das classes populares, constatando que estes

“conscientes de sua ignorância, não são livres para desenvolver um discurso sobre a doença, sendo suas tentativas de explicação frequentemente seguidas de uma constatação de ignorância ou do apelo ao único especialista autorizado a falar da doença: o médico. Sabe-se que existe um número ilimitado de doenças, uma multiplicidade de remédios, e que a medicina constitui uma ciência complexa, extensa, inacessível” (BOLTANSKI, 1989, p. 29)

Porém, essa mudança de clientela e de demanda não seria problemática se o profissional não esbarrasse em limitações teóricas e técnicas específicas de sua formação, contribuições que fundamentem seus modelos de atuação, sua identidade e cultura profissional. Ou seja, estes impasses decorrem, em grande parte, da predominância no campo da saúde de enfoques que abordam os indivíduos de maneiras diacrônicas e fora de seu contexto histórico, ou como relatam Bezerra (1992) e Spink (1992), abordagens onde

“o indivíduo é tratado como um ser abstrato e a-histórico, desvinculado do seu contexto social, como se todos os membros da espécie humana fossem iguais em qualquer época, em qualquer lugar” (BEZERRA, J. B.; SPINK, M. J. *Apud* DIMENSTEIN, 2000, p. 108)

Desta forma, ao analisar-se a relação médico-paciente percebe-se, muitas vezes, que, na verdade, o médico pode apresentar-se inapto para o atendimento, tendo em vista que este possui uma vasta cultura e, de alguma forma, não consegue

estabelecer um diálogo esclarecedor, de modo a fazer com que o paciente adquira confiança e entenda-o, tendo uma adesão correta ao tratamento em questão, porém não se pode descartar o fato de que o doente também é um indivíduo e possui vontades próprias, assim como a atenção básica primária e outras intervenções, como a recepção e o acolhimento, também poderiam ser efetuadas por outros profissionais da saúde capacitados para tal, como o Farmacêutico.

O profissional farmacêutico, por exemplo, deve ser formado com um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de farmácia, que lhe permita atuar em todos os níveis de atenção à saúde, contemplando as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, estando seus conteúdos relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade integrados à realidade epidemiológica e profissional (BRASIL, 2002).

Possuímos também uma determinada ideia - tida como universal - do que é saúde e doença, suas causas e possibilidades de tratamento e cura, que nem sempre é compartilhada por todos os segmentos sociais. Isto, conseqüentemente, tem repercussões em termos de eficácia do atendimento prestado às populações que frequentam as instituições de saúde, sobretudo na rede pública, já que estas pessoas, tanto pacientes como profissionais, estão ligadas e susceptíveis a inúmeros fatores de ordem social, política, cultural e econômica, além do biológico, que podem atuar de maneira determinante em um processo de adesão. Sendo assim, esses fatores têm a capacidade de influenciar a eficácia em determinada medida de atenção à saúde, principalmente quando se trata da adesão ao pré-natal, onde a total compreensão e aderência por parte da gestante certamente contribuem para uma gestação segura e adequada.

É importante salientar que, junto ao estudo sociológico, a Antropologia foi grande responsável por inserir novas bases analíticas que passaram a subsidiar estudos que colocavam em questão justamente a dimensão social e cultural no tratamento da saúde. Portanto, torna-se imprescindível frisar que foi no seio da

Antropologia que surgiram os primeiros questionamentos quanto aos hábitos corporais e saúde

“mostrando que saúde, doença, corpo, morte, não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas estão intimamente ligadas às características de cada cultura e, enquanto questões humanas, só podem ser compreendidas quando articuladas com os aspectos histórico-culturais de uma sociedade” (DIMENSTEIN, 2000, p.108.)

Portanto mostra-se a importância do conhecimento antropológico, juntamente da Sociologia, no campo da saúde, evidenciando que cada sociedade tem um discurso próprio sobre o corpo, saúde e doença, o qual pode variar não só através dos tempos e espaço, mas entre as classes sociais, sendo sempre um fato atual.

Boltanski (1989), por sua vez, aponta uma interessantíssima visão proferindo sobre o “*habitus corporal*” e de como este varia de um indivíduo para outro.

“... é um sistema de regras profundamente interiorizadas que, sem nunca serem exprimidas na totalidade, nem de maneira sistemática, organizam implicitamente a relação dos indivíduos de um mesmo grupo com seus corpos e cuja aplicação a um grande número de diferentes situações permite a produção de condutas físicas diferentes e diferentemente adaptadas a essas situações, mas cuja unidade profunda reside no fato delas permanecerem sempre conformes com a cultura somática daqueles que a produzem” (BOLTANSKI, 1989, p. 176)

Tal abordagem pode ser relevante, pois nos ajuda a compreender os inúmeros impasses para se identificar as raízes de um determinado mal-estar estabelecido entre pacientes e terapeutas no campo da assistência pública à saúde, bem como a baixa eficácia das terapêuticas e o alto índice de abandono dos tratamentos por parte dos pacientes.

A diversidade cultural, principalmente em um país multicultural como o Brasil, entre profissionais da saúde e os usuários dos serviços públicos de saúde, pertencentes geralmente a diferentes grupos sociais, também tem implicação no que tange ao modelo de subjetividade e raciocínio próprios de cada um e, logicamente, na eficácia da cura de determinado quadro clínico.

Para M. Dimenstein,

“a cultura das classes populares brasileiras está predominantemente marcada por uma específica noção de Pessoa, a qual pressupõe uma visão de mundo hierárquica (oposta à igualitária) e holística (oposta à individualista). Em outras palavras, o modelo de subjetividade próprio aos pacientes que compõem a clientela que utiliza os serviços públicos de saúde, em muito se diferencia do modelo psicológico dos terapeutas e da classe média em geral, pois se trata de uma subjetividade relacional e situacional, isto é, a forma do indivíduo ver, estar e se colocar no mundo se constrói diferentemente de uns para os outros de acordo com a posição ocupada na totalidade social. Em outras palavras, tais populações são caracterizadas por um ideário onde a coletividade, as tradições e os costumes, a rede de reciprocidade e de solidariedade condicionam as existências individuais” (DIMENSTEIN, 2000, p. 110)

Tendo isso em vista, percebe-se porque, inúmeras vezes, pessoas, as quais pertencem à determinadas camadas populares, simplesmente abdicam-se da utilização do sistema de saúde, uma vez que existem outras vertentes medicinais que estão habituadas e, de certa forma, possuem certo domínio, tal como seus efeitos terapêuticos.

Portanto seria importante salientar que as diferenças de classe e cultura impõem uma diversidade cultural e social entre profissionais e pacientes, resultando, freqüentemente, em intervenções e estratégias de ação descontextualizadas e etnocêntricas, prejudicando a maior parte da população, geralmente pobres, a qual representa o principal usuário do sistema de saúde pública, o SUS.

3 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PACIENTES

3.1 Como observar o paciente

Em pesquisa realizada juntamente a UFCA (Universidade Federal do Acre-campus Rio Branco), a psicóloga Maria das Graças Alves Pereira realizou uma pesquisa sobre a relação médico paciente sob a ótica do paciente, baseando-se nos avanços da Bioética, constatando que a relação médico-paciente vem sendo mais estudada e a literatura internacional reporta modelos de avaliação que variam desde observações participantes até a construção de escalas, passando por entrevistas e questionários de auto-resposta.

A partir desta pesquisa, Pereira aponta, através de dados coletados, que a relação médico-paciente é um dos capítulos mais intrigantes na comunicação humana, afirmando que esta é baseada na confiança que o médico inspira e na compreensão do paciente sobre a realidade do médico.

Escutar com atenção ao outro e respeitar o próximo significam reverenciar o ser humano. A autêntica escuta exige paciência, atenção e interesse. O médico que quiser desenvolver com o paciente uma relação construtiva precisa escutá-lo com atenção, o que exige sensibilidade (PEREIRA, 2005).

Em relato, um paciente deixa transparecer a sua avaliação quanto à importância da comunicação, em seu sentido mais humanizado e completo, de compreender, ouvir, tocar etc (PEREIRA, 2005).

3.2 A expectativa cerimonial

Ainda para Pereira a “expectativa cerimonial” configura-se como direito do paciente, fundamentado no princípio da Justiça: o direito de identificar no médico a imagem de “um ente ungido de poderes excepcionais” (PEREIRA, *et al.*, 1990, p. 156) – conhecimento científico e procedimentos cerimoniais que remetem o paciente a um imaginário cultural oriundo da imagem mística da arte de curar hipocrática. O exercício da medicina pressupõe a obrigatoriedade de, pelo menos, não afrontar o paradigma cultural dos pacientes. O baixo nível de escolaridade e de condições sócio-econômicas dos pacientes pode estar associado ao baixo padrão de percepção dos seus direitos, e ao pequeno nível de exigência. No presente estudo, Pereira ressalta que esta associação não obteve significância estatística, podendo demonstrar indícios da necessidade de construção de novo estudo, tendo como base a avaliação da RMP (Relação médico-paciente) no contexto das desigualdades sociais.

Os trabalhos de “educação em saúde” fundamentalmente se constituem em palestras ou conselhos que são tentativas de imposição de comportamentos pensados por técnicos oriundos da classe média e alta, que pouco compreendem sobre a

dinâmica e condições de vida das classes populares, enquanto que o ideal é refletir a saúde a partir da realidade em que as pessoas vivem e de acordo com as suas condições e interesses. Pode-se, portanto, questionar a autonomia de pacientes que sequer possuem os direitos de opção por moradia e alimentação, por exemplo.

3.3 Sobre as desigualdades sociais na relação médico-paciente

Finalmente, a discussão das desigualdades sociais deve ser inserida no enfoque da Bioética à relação médico-paciente. Neste contexto, identifica-se a necessidade de mais pesquisas fundamentadas, segundo Pereira, em uma Bioética humanista, antropológica e sociológica. A compreensão e adequação dos princípios de justiça e de autonomia, enfatizando a dignidade da pessoa humana são pilares na relação médico-paciente.

Segundo Boltanski,

“... no discurso autocensurado do médico, o doente, por sua vez, faz uma seleção, retendo apenas os termos que reconhece, ou seja, aqueles que já conhece de uma maneira ou de outra, mesmo ignorando seu significado científico. Em outras palavras, o doente das classes populares toma do discurso do médico os termos que “são aptos a uma “descontextualização” e que, seja porque se trate de termos médicos que passaram para a língua comum mas que conservaram seu “poder de evocação” ,seja ainda por se tratar de termos que, por sua raiz, ou mesmo por sua sonoridade, enfim pelo seu valor expressivo, evocam palavras da língua comum. Com esses poucos termos esparsos e que resistiram à dupla seleção feita pelo médico e pelo doente, o doente das classes populares vai tentar reconstruir um discurso coerente ou ,pelo menos, tendendo à coerência.”(BOLTANSKI, 1989, p. 73 e 74)

Sendo assim, tem-se que tal constatação remete-se à grande dificuldade apresentada pelos doentes de extratos sociais desfavorecidos, em relação ao pensamento e à linguagem do médico, quando relacionado à apresentação de sintomas e dificuldades de verbalização, algo também constatado pelo próprio Boltanski quando este estabelece que

“os doentes funcionais definem-se pela distância entre os sintomas apresentados ao médico, ou seja, os sintomas exprimidos verbalmente e os sintomas ou sinais físicos cuja descoberta é o resultado da intervenção do médico e exige o emprego

de técnicas específicas, a parte dos doentes funcionais varia com a aptidão em verbalizar as sensações mórbidas e talvez, de maneira mais geral, as sensações corporais aptidão esta que é repartida desigualmente entre as diversas classes sociais” (BOLTANSKI, 1989, p. 128)

Tal circunstância pode explicar os freqüentes abandonos de tratamentos, a insatisfação do paciente quanto aos serviços prestados e na eficiência de determinadas intervenções terapêuticas, já que este, além de ser muitas vezes incapaz de compreender e interpretar uma gama de instruções dada pelo médico, ou pelo menos que deveriam ser dadas, não consegue explicitar e/ou verbalizar o que de fato o aflige, fatos que podem dificultar seu tratamento tanto na duração, quanto na eficácia, tendo-se em vista que o médico pode vir a apresentar determinada dificuldade para o diagnóstico perante tais atribuições de comunicação expressas pelo paciente, fato que no caso de uma gestante pode resultar, em últimas instâncias, na morte da mãe e do feto, caracterizando-se de extrema relevância.

4. REFLETINDO UM POUCO SOBRE A ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Tanto a assistência como a adesão ao pré-natal, desta forma, ainda merecem grande enfoque no que diz respeito à saúde materno-infantil, permanecendo um problema de saúde pública no Brasil, tendo-se em vista os elevados índices de alguns indicadores, como mortalidade materna e números de aborto, que acabam, em partes, por promover o surgimento de políticas públicas relacionadas a este segmento da saúde. Porém, tais políticas possuem foco no aumento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal em detrimento da qualidade do serviço prestado.

Logo, são muito importantes as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, bem como a atividade dos pacientes quanto a procura e utilização adequada dos serviços de saúde prestados, inclusive porque tais atividades estão inseridas e contextualizadas juntamente às conjunturas sociais, econômicas e culturais que diferem-se entre profissionais e pacientes.

Portanto, é válido ressaltar a importância da Humanização, não só dos médicos, mas de todos profissionais compreendidos na saúde pública brasileira, já que a humanização é

“... um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estética porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na polis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz.” (Política Nacional de Humanização, 2004, pág 8);(16)

Salientando-se que há numerosa quantidade de indivíduos, geralmente oriundos das camadas mais humildes da população e dependentes dos respectivos serviços prestados por estes profissionais da saúde, os quais necessitam de um atendimento de qualidade diante dos serviços oferecidos pelo Estado e segundo as diretrizes estabelecidas pelo SUS, a Humanização torna-se, ainda mais, imprescindível para que o sucesso da garantia ao acesso e promoção da saúde seja conquistado.

Em se tratando de adesão ao pré-natal, a humanização é, mais uma vez, considerada primordial na garantia da saúde materno-infantil, pois além de indicadores como baixa renda, escolaridade, raça, entre outros, influenciarem o período gestacional, a mulher ainda está passível de sofrer discriminação de gênero, que ocorre através de barreiras resultantes da sobrecarga de trabalho e falta de tempo para se cuidar, reforçadas ideologicamente pela definição da mulher como “cuidadora dos outros”, o efeito de discriminação e preconceito no que diz respeito especialmente, mas não somente - à sexualidade feminina, que dificulta, tanto o acesso, quanto a adequada atenção e prevenção das IST's (infecções sexualmente transmissíveis), exclusão de mulheres em posições hierarquicamente superiores de decisão política, e como integrantes de protocolos de pesquisas básicas em função das complexidades do corpo reprodutivo (GIFFIN & LOWNDES, 1999, MELONI, 1999, SILVER, 1999 e VALLADARES, 1999), entre outros, tendo-se em vista as relações patriarcais e predominantemente machistas enraizadas na cultura brasileira,

o que acarreta em mais uma condicionante de fragilidade para esta mulher perante os diferentes sistemas de acesso à saúde materna providos pelo Estado, podendo culminar numa baixa qualidade de saúde no período gestacional.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se desta maneira, que há ainda a necessidade de dar-se ênfase na elaboração e melhoramento de políticas públicas de saúde em relação à mulher pelo governo brasileiro, as quais visem buscar a melhoria no atendimento dos usuários do SUS, através de investimentos na infra-estrutura em hospitais e unidades de saúde, bem como a prestação de serviços e formação mais humanizados de todos os profissionais da saúde, principalmente os oriundos de instituições públicas de ensino, para que as inúmeras barreiras enfrentadas no fornecimento adequado dos serviços de saúde pública para a mulher, sobretudo por parte das gestantes, sejam ultrapassadas e passem a concordar com as diretrizes defendidas pelo SUS, ampliando e aprimorando a adesão ao pré-natal, assim como todos os outros serviços de saúde pública fornecidos para os cidadãos brasileiros.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Tradução por Regina E. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BOLZÁN DA, GUIMAREY L, NORRY M. Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematurez en dos municipios de La provincia de Buenos Aires. **Jornal de Pediatria Rio de Janeiro**, v.76, n.3, p.C8–14, 2000.
- BRASIL. CNE. **Resolução CNE/CES 2/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em 23 de Maio de 2014.
- COIMBRA LC, SILVA AAM, MOCHEL EG, ALVES MTSSB, RIBEIRO VS, ARAGÃO VMF, et al. Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.4, p.456–62, 2003.
- DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Revista Estudos de Psicologia**, v.5, n.1, p.95-121, 2000.
- DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA** 1988; 260:1743-8.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro. IBGE. [Acessado em maio de 2014]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_vol15_n4.pdf.
- GIFFIN, K. & LOWNDES, C. M. Gender, sexuality and the prevention of sexually-transmissible diseases: A Brazilian study of clinical practice. **Social Science and Medicine**, v.48 p. 283-292, 1999.
- HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004;8.

- JENERAL RBR, HOGA LA. A incerteza do futuro: a vivência da gravidez em uma comunidade brasileira de baixa renda. **REME: Revista Mineira de Enfermagem** v. 8, n. 2, p.268-74, 2004.
- LAMY, Z. C.; REINALDO, A. M. S.; FERNANDES, L. P. & MOCHEL, E. G., 2000. O olhar das mulheres: Vivendo a gravidez e o parto. In: **Avaliação da Qualidade de Maternidades** (M. T. S. S. B. Alves & A. A. M. Silva, org.), São Luís: Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão, p.56-63, 2000.
- MELONI, E. A medicalização do corpo feminino. In: **Questões da Saúde Reprodutiva** (K. Giffinn & S. H. Costa, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.67-78, 1999.
- MENEZES AMB, BARROS FC, VICTORA CG, TOMASI E, HALPERN R, OLIVEIRA ALB. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.3, p.209–16, 1998.
- PEREIRA, M.G.A.; AZÊVEDO, E. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, v.51, n.3, p. 153-7, 2005.
- PETRAS, James. Os fundamentos do neoliberalismo. In: RAMPINELLI, Waldir José; OURIQUES, Nildo Domingos (Orgs.). **No fio da navalha: crítica das reformas neoliberais** de FHC. São Paulo: Xamã, 1997.
- PUCCINI RF, PEDROSO CG, KOGA da Silva EM, ARAUJO NS, SILVA NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n.1, p.35–45, 2003.
- SANTOS, I. S.; BARONI, R. C.; MINOTTO, I. & KLUMB, A. G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas (RS). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 603-609, 2000.
- SARMIENTO R, SETÚBAL MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista Ciências Médicas**, v.12, n.3, p. 261-68, 2003.
- SILVER, L.. Direito à saúde ou medicalização da mulher. In: **Questões da**

Saúde Reprodutiva (K.Giffin & S. H. Costa, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 299-318, 1999.

VALLADARES, D. Ações de contracepção e assistência ao parto: A experiência do Rio de Janeiro. In: **Questões da Saúde Reprodutiva** (K. Giffin & S. Costa, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.357-376, 1999.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revam/UCAM/ IUPERJ, 2000.

Araraquara, 6 de Janeiro de 2014.

Marcelo Pereira de Brito

Ciente. De acordo.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Raquel Regina Duarte Moreira". The signature is written in a cursive style with a small dot above the letter 'i' in "Moreira".

Raquel Regina Duarte Moreira.

Orientadora