

A relação médico-paciente no contexto da saúde como produto

The doctor-patient relation in the context of health seen as a product

Sérgio Bergmann Borges Vieira¹
Gabriel Bergmann Borges Vieira²
Renan Lopes³

Resumo

O presente artigo propõe uma revisão teórica da relação médico-paciente no contexto da saúde como produto sociocultural da pós-modernidade. Foi realizada busca na *Internet* nos bancos de dados PubMed, Lilacs e Biblioteca Cochrane com as palavras-chave: relação médico-paciente, saúde, produto e pós-modernidade. Livros textos de Medicina e também obras referenciais de Filosofia, Sociologia e Marketing foram consultadas. A relação médico-paciente foi analisada a partir da conceituação de saúde e produto. Assim, ao considerar-se a saúde como produto da sociedade de consumo, discutiu-se as modificações ocorridas no atendimento médico; nas relações entre o profissional da saúde (médico) e o paciente (cliente).

Abstract

This article presents a theoretical review of the doctor-patient relation in the context of health as a socio-cultural product of post-modernity. We searched the data bases Pub Med, Lilacs and the Cochrane Library in the Internet, using the key words doctor-patient relation, health, product and post-modernity. We also searched medical textbooks as well as reference works in the fields of philosophy, sociology and marketing. The doctor-patient relation was analyzed based on the concepts health and product. Thus, by considering health a product of the consumer society, one discussed the changes that occurred in medical care and in the relation between the health professional (doctor) and the patient (client).

Palavras-chave: Relações Médico-Paciente; Saúde; Setor de Assistência à Saúde; Pós-modernidade.

Key Words: *Physician-Patient Relations; Health Care Sector; Post modernity*

¹Médico de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde, Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil; ex-residente do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Designer, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Design Estratégico da Escola de Design Unisinos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; professor do Curso Técnico em Design do Instituto Sinodal de Ensino Médio Dorothea Schäfer, Taquara, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Médico de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde, Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil; ex-residente da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul / Centro de Saúde Escola Murialdo, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

1. Introdução

A sociedade pós-moderna apresenta um novo quadro que traz como desafio, sobretudo, a adaptação às mudanças ocorridas nas relações interpessoais. Isso se deve, em grande parte, ao acelerado desenvolvimento dos veículos de comunicação e interconexão do mundo globalizado. Nesse contexto, revela-se, por exemplo, a participação de novas ferramentas que vêm sendo empregadas pelos diversos atores na área da saúde, tais como *Internet*, legislação de direitos do cidadão e consumidor, dentre outros. A partir de uma abordagem sociocultural, este estudo propõe um panorama geral sobre tais relações como fruto da sociedade de consumo. Observa-se que, na pós-modernidade, tanto os profissionais (médicos) quanto os pacientes (clientes) passaram a experimentar uma distinta maneira de atuação. Este trabalho discute a mudança na relação médico-paciente no contexto da saúde como produto.

2. Desenvolvimento

2.1. Saúde

É sabido que o conceito de saúde vem se transformando através dos tempos. E esse fato é decorrente não só do contexto cultural, dos avanços da ciência e da tecnologia, mas, também, devido à forma pela qual as relações humanas têm se apresentado. E isso porque a questão saúde envolve os diversos aspectos interdependentes dos indivíduos: físicos, psicológicos e sociais.

Entre os ângulos da questão saúde, que, necessariamente, precisam ser considerados, está seu caráter individual e subjetivo. É esse caráter que faz com que a saúde não possa ser mensurada¹.

Além disso, há diferenças entre as perspectivas médicas e as leigas quanto aos problemas de saúde e doenças. Tais diferenças, muitas vezes, advêm dos conceitos de *disease* (patologia, nosologia, afecção) em que o médico está focado, e *illness* (incômodo, mal-estar, padecimento) – motivo que leva o leigo ao consultório. Obviamente, tais diferenças de perspectiva podem causar muitos problemas na interação médico-paciente. Isso porque *diseases* são as várias entidades patológicas que, com denominações pró-

prias, compõem o modelo médico de saúde-doença, e que podem ser especificamente identificadas por evidências biológicas, químicas ou de outra natureza; enquanto que *illness* refere-se aos significados que os pacientes, bem como suas famílias e comunidades, dão a certos episódios em que sentem um “mal-estar” – seja ele físico ou psicológico –, e que, por isso, incluem, além da sua experiência de sentir-se mal, adoentado, também os significados que eles atribuem a esta experiência².

É válido ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem uma formulação estrategicamente positiva ao conceituar saúde como “pleno bem-estar físico e mental”, e não apenas como a ausência de doença. Entretanto, a operacionalização deste conceito mais positivo, a fim de aferir as condições de saúde, enfrenta dificuldades. E aí surge outra questão, especialmente na definição do que venha a ser bem-estar³.

Nesse sentido, há aspectos do conceito de saúde que merecem consideração. Primeiro, o de que a dialética saúde x doença pode ser percebida sob o ponto de vista de equilíbrio x desequilíbrio; bom x ruim; almejado x indesejado; assim, de acordo com essa dialética, saúde seria considerada a situação de harmonia, própria da natureza humana. E a ânsia por sua manutenção e busca constante – frente ao risco iminente da doença – é fato na sociedade pós-moderna, passando a nortear os comportamentos dos indivíduos que, nesse sentido, renunciam às satisfações imediatas, corrigindo e reorientando seus comportamentos cotidianos⁴.

Ainda outro aspecto da questão é a sociedade dos consumidores perceber saúde como ideal de aptidão – *fitness*. Assim, os termos saúde e aptidão são frequentemente tomados como coextensivos e usados como sinônimos; afinal, ambos se referem aos cuidados com o corpo, ao estado que se quer alcançar e ao regime que se deve seguir para atingir esses objetivos⁵.

Observa-se, portanto, como os fatores socioculturais alteram a estrutura dos serviços de saúde e exigem uma nova postura, tanto dos usuários quanto dos diversos atores que participam dessa conjuntura. E percebe-se, com

clareza, a forma como o contexto da sociedade pós-moderna faz com que a saúde se torne “produto”.

2.2. Produto

O termo produto tem por definição⁶:

- a) o que é produzido pela natureza;
- b) resultado de qualquer atividade humana;
- c) receita;
- d) resultado, consequência;
- e) resultado de uma multiplicação.

O que ocorre, como consequência nesse contexto social, é a visão capitalista, característica do mundo globalizado, exigindo uma definição mercadológica para o produto-saúde.

É pertinente que se esclareça o que vem a ser saúde como produto, e, para tanto, faz-se necessário observar mais alguns conceitos de produto.

Assim, de acordo com a Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON)⁷, produto é qualquer coisa colocada à venda no comércio: um alimento, uma roupa, um imóvel – casa, terreno ou apartamento –, uma bicicleta, uma geladeira, um sabonete etc.

Produto também pode ser definido como qualquer coisa que seja oferecida a um mercado para aquisição, utilização ou consumo, e que satisfaça um desejo ou necessidade⁸. E, embora a maioria dos produtos seja de natureza física, se visualizados de maneira ampla, passam a incorporar, além de objetos físicos, também, serviços, pessoas, locais, organizações e ideias⁹.

Desse modo, a variável produto possui um papel fundamental, pois representa o conjunto de atributos, funções e benefícios que os clientes compram¹⁰. Por tal motivo, um produto é a experiência total do cliente ou consumidor na negociação com uma organização.

Para maior entendimento do que engloba o termo produto, é válido que se coloque, ainda, outras considerações.

Produto deve enquadrar-se em três níveis, no sentido de realmente atender de forma plena aos anseios e às necessidades dos consumidores⁸:

- a) O produto básico – atende às necessidades básicas e inclui a solução de problemas que o consumidor espera alcançar.
- b) O produto tangível – em que são considerados qualidade, aspectos, estilo, nome de marca e embalagem do produto.
- c) O produto ampliado – representado por algo além do que o consumidor espera em termos de produto básico.

Pode-se constatar que um produto é mais do que um objeto tangível que desempenha papéis específicos. E, por tal razão, seu sucesso no mercado está geralmente relacionado não a atributos tangíveis, mas à percepção do seu valor pelos consumidores. Esse fato faz com que produto represente um conjunto de atributos tangíveis e intangíveis que proporciona benefícios reais ou percebidos com a finalidade de satisfazer as necessidades e os desejos do consumidor¹¹.

2.3. A saúde como produto

A saúde torna-se produto no momento em que é colocada à venda no comércio. Nessa ocasião, ela se torna objeto de consumo, aquisição e utilização; o que acontece, além da natureza física, pois o produto-saúde incorpora serviços, pessoas, locais, organizações e ideias.

Assim, além da matéria-prima que é transformada em produto (clientes, equipamentos, médicos, medicamentos, hospitais) e dos serviços ofertados, a natureza do produto-saúde é determinada por mecanismos responsáveis pelo funcionamento e desempenho da organização como um todo, o que resulta no sistema de saúde. E esse também, na pós-modernidade, é convertido em produto.

Observa-se, então, que a produtização¹² da saúde a coloca frente ao ritmo frenético de consumo, norteadas pela necessidade de se manter sempre de acordo com últimas tendências ditadas pela mídia. E, como decorrência, advém vários fatos: o cuidado com a saúde torna-se uma guerra permanente contra a doença e o significado de um regime saudável de vida não fica parado; os conceitos de “dieta saudável” mudam em menos tempo do que duram as dietas recomendadas simultânea e sucessivamente. Ocorre

então que, em função desse contexto, um novo dado surja, dado esse facilmente observável e sugerido recentemente por Ivan Illich: o cuidado com a saúde expande-se a tal ponto que a própria busca pela saúde tornou-se o fator patogênico mais importante⁵.

Então, a saúde como produto passa a agir na mídia em um discurso ideológico de prevenção da doença. A medicina passa a intervir antes do aparecimento dos sintomas; informa sobre os riscos em que se incorre; estimula o monitoramento da saúde: os exames clínicos, a vigilância higienista, a modificação dos estilos de vida⁴.

E a moral do aqui e agora cede lugar ao culto da saúde, à ideologia de prevenção, à medicalização da existência. Dessa forma, tem-se o: prever, projetar e prevenir – o que se apossa das vidas individualizadas é uma consciência que, permanentemente, lança pontes para o amanhã e o depois de amanhã. Tornam-se presentes cada vez mais vigilância, monitoramento e prevenção⁴. E os cuidados contínuos com a saúde são fadados à insatisfação permanente, incertos quanto à adequação de sua direção e gerando muita ansiedade⁵.

Como consequência da prevenção dentro do produto-saúde na pós-modernidade, alimentada pelo turbilhão de propagandas e informações da mídia, surgem custos desnecessários e a possibilidade de prejuízo e morbidade. E é desse contexto que provém a questão da Prevenção Quaternária – termo aceito pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA em 1999¹³ –, que podemos chamar de prevenção da *iatrogenia*, ou prevenção da prevenção inapropriada¹⁴.

Provocados por esse contexto, foram levantados fatores associados à saúde como produto em relação ao comportamento tanto dos médicos quanto dos pacientes. Dentre os relacionados aos pacientes, citam-se:

- a) falsas expectativas dos doentes (alimentadas por pesquisas que os mesmos fazem na *Internet* e pela mídia que vende o produto-saúde);
- b) promoção da doença na população (“*marketing* do medo”);
- c) ideia de que prevenir é sempre melhor do que tratar;

- d) falta de conhecimento de saúde dos cidadãos;
- e) pressão consumista dos pacientes;
- f) queixas vagas: hipocondria, somatização, neurose, dentre outras¹⁵.

E, entre os fatores relacionados à conduta dos médicos, tem-se:

- a) desatualização médica de conhecimentos;
- b) influência da indústria farmacêutica;
- c) excessos de diagnósticos (medicalização);
- d) incerteza da ciência médica (medicina defensiva)¹⁵.

Percebe-se que, na pós-modernidade, mais do que nunca, a indústria farmacêutica tem dirigido campanhas para o público em geral, transmitindo ideias exageradas dos perigos dos fatores de risco e supervalorizando alguns problemas comuns com intuítos comerciais. A promoção da doença junto à população é feita por meio de um “*marketing* do medo”, confundindo tanto fatores de risco como sintomas comuns com doenças (sobrestimando, assim, fatores de risco e mensagens de medicalização). Dessa forma, sintomas físicos ou emocionais que, antes, em certa medida, eram considerados normais (alterações do sono, tristeza, estresse, calvície, disforia pré-menstrual, redução da atividade sexual, menopausa, timidez/fobia social, dentre outros) são reconhecidos como doença, originando grande tendência para a medicalização¹⁵.

Como decorrência da produtização¹² da saúde, vê-se uma clara mudança no comportamento dos pacientes sob vários aspectos. Hoje, informados pela mídia e pesquisas na *Internet*, no padrão de comportamento próprio da sociedade pós-moderna, eles passam também a avaliar o atendimento recebido. Por outro lado, o acesso à informação, ao diminuir a dependência dos pacientes de seu médico, resulta no risco do autodiagnóstico e da autoprescrição¹⁶. Outro aspecto que se pode citar é que o indivíduo, de uma atitude passiva anterior – quando tinha de obedecer rigidamente ao que lhe era determinado e não podia sequer interferir ou ser informado quanto às ocorrências com o seu corpo –, agora pode e deve envolver-se com o seu tratamento. Assim, ele não é mais apenas paciente, mas um cliente que busca os serviços de saúde, tornando-se utente

(titular do direito de uso).

Esta posição é sustentada com a publicação de algumas leis em nosso país, tais como: o Código de Defesa do Consumidor (CDC), em 1990; o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 1990; o Estatuto do Idoso, 2003. Essa leis, ao lado da Constituição Federal, asseguram o direito do cidadão à saúde e à informação, modificando profundamente o cenário das relações entre os atores do segmento da saúde¹⁷.

A sociedade hipermoderna revela que esta é a era do consumidor. Nesse sentido, se em todo o histórico da sociedade de consumo os consumidores eram influenciados pelas indústrias, pelas marcas, pelas mídias ou pela publicidade, hoje são eles que influenciam o resto¹⁸.

Nesse novo contexto, o paciente passa a ser visto como um consumidor e tem o direito de decidir sobre todos os procedimentos a que vai ser submetido. Além disso, o médico precisa esclarecer o paciente antes de realizar qualquer tratamento. E há uma tendência a se utilizar com frequência cada vez maior o consentimento livre e esclarecido (consentimento informado) que é um documento elaborado pelo médico, ou serviço de saúde, o qual o paciente assina, confirmando que foi informado dos riscos e benefícios de determinado procedimento ou tratamento e que concorda em realizá-lo. Consequência da pós-modernidade, o consentimento informado, enquanto prima pela informação e livre-arbítrio do paciente, ao mesmo tempo, pode ser um documento amenizador para o médico e/ou serviço de saúde caso o tratamento ou procedimento não apresente o resultado esperado.

Há outro aspecto a observar em se tratando de saúde-produto. Considerando “valor” como o menor sacrifício ou dispêndio de recursos para desempenhar certa função, tanto para o fabricante quanto para o usuário¹⁹, o cliente-paciente, na sociedade pós-moderna, passa a considerar o valor a ser pago após o consumo de serviços de saúde, uma vez que consegue avaliar o atendimento prestado¹⁷. Dessa forma, os clientes-pacientes, na escolha de um serviço-produto, levam em consideração os diferentes atributos, tais como: preço; qualidade (em termos de desempe-

nho, aspecto ou aparência); flexibilidade; rapidez de resposta ou grau de inovação²⁰.

Ainda se pode ressaltar na perspectiva da saúde como produto a extraordinária inflação da procura/saúde, em estrita relação com a elevação do nível de vida; atenua-se o limite entre procura fundada e a compulsão consumidora de prestações médicas, cirúrgicas e dentárias²¹. E o papel do médico como produto, em decorrência da produtivização¹² da saúde, é fato. Contata-se que “o medicamento é sobretudo o médico²¹”. Assim, sua figura, personalidade e atuação viram objeto de consumo e passam a ser avaliados pelos pacientes-clientes, que, quando não têm as suas expectativas atendidas, até por não possuírem conhecimentos técnicos para avaliar se houve falha, consideram qualquer resultado como sendo erro médico²².

Por outro lado, a assistência médica vem se transformando em um enorme aparato de tecnologias, por meio das quais o médico solicita exames diagnósticos cada vez mais sofisticados, sem oferecer, levado pelo sistema, muito tempo e atenção aos pacientes. Os médicos atuais estão de certa forma substituindo a anamnese e o exame físico pelos exames complementares, e isso provoca um afastamento entre médicos e pacientes, resultando, entre outras coisas, no enfraquecimento da relação médico-paciente²².

Aí surge outro fato a considerar no contexto saúde-produto: o enfraquecimento da relação médico-paciente. O maior grau de conscientização dos cidadãos no que tange aos seus direitos fez com que uma parcela dos usuários dos serviços de saúde ficasse mais exigente em relação ao atendimento e aos resultados obtidos, procurando prontamente as vias judiciais e/ou administrativas quando se consideram prejudicados²².

Como reação a esse fato, muitos médicos passam a perceber a solicitação de cada vez mais exames diagnósticos como uma medida de salvaguarda, o que aumenta o custo do tratamento para todo o sistema de saúde e submete o paciente aos riscos pertinentes às técnicas de diagnóstico complementar. Porquanto não é observada a medicina com base em evidências, aumentam-se ainda os riscos de resultados falso-positivos e falso-negativos, com suas implica-

ções. Além disso, muitas vezes, para evitar possíveis complicações, deixam de assumir casos difíceis e referenciam os pacientes para serviços de maior complexidade.

De posicionamentos como esses na relação médico-paciente da pós-modernidade, surge a medicina defensiva que é um desvio da prática médica sensata, induzida principalmente pela ameaça de processos por negligência profissional²³.

Com base em todas essas considerações, fica claro que a saúde e o médico tornaram-se produto em decorrência da dinâmica das relações socioculturais típicas da sociedade pós-moderna. Isso se deve à fragilização das relações, decorrente do desmoronamento das grandes ideologias e instituições (família, igreja), e sua consequente ótica consumista que direciona a busca de satisfação, realização e felicidade para as relações de consumo⁵. E isso também ocorre na área da saúde.

Percebe-se, por isso, que o individualismo predominante na pós-modernidade determina a atuação tanto de pacientes-usuários quanto de médicos. E, dessa forma, sobressai a defesa por parte de cada ator na busca de segurança, felicidade e benefício próprios.

3. Conclusão

No presente estudo, percebe-se a complexidade da saúde como produto na pós-modernidade. Buscou-se apresentar as modificações ocorridas na relação médico-paciente sob a ótica da saúde como produto na sociedade pós-moderna. Verificou-se que essa relação vem se transformando, exigindo novos papéis tanto para o profissional-médico, quanto para o paciente-cliente.

A partir da reflexão sobre as modificações ocorridas, é possível compreender melhor essa conjuntura para buscar maneiras de fortalecer a relação médico-paciente na busca de melhor qualidade de vida, amenizando ansiedades por meio de informação e diálogo.

Constata-se a necessidade de promover a divulgação da informação por outros meios que não a mídia e de capacitar os consumidores relativamente às implicações de um uso inadequado dos cuidados de saúde.

4. Referências

1. Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*. 19(4): 923-931.
2. Knauth DR, Oliveira FAD. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB; Schmidt MI, Giulian ERJ, Editores. *Medicina Ambulatorial*. 3.ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006. p. 155-159.
3. Rumel D, Toscano CM, Megue SS, Duncan BB. Condições de Saúde da População Brasileira. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giulian ERJ, Editores. *Medicina Ambulatorial*. 3.ed. Porto Alegre(RS): Artmed. p. 59-67.
4. Lipovetsky G. Os Tempos Hipermodernos. Trad. Mário Vilela, 2ª reimp. São Paulo: Barcarolla; 2005.
5. Bauman Z. *Modernidade Líquida*. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
6. Produto. In: Ferreira ABdeH. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2.ed. Curitiba (PR): Positivo; 2004. p.1354
7. Procon. Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor. São Paulo, 2008. Disponível em <http://www.procon.sp.gov.br/texto.asp?id=1809>
8. Kotler P, Armstrong G. *Princípios de marketing*. Rio de Janeiro: PHB, 1993.
9. Nóbrega Barbosa MF. *Introdução ao marketing para empresa de pequeno porte*. Edição eletrônica, 2006. Disponível em <http://www.eumed.net/libros/2006a/mfnb>
10. Czinkota MR et al. *Marketing: As Melhores Práticas*. Porto Alegre(RS): Bookman; 2001.
11. Semenik RJ; Bamossy GJ. *Princípios de marketing: uma perspectiva global*. São Paulo: Makron Books; 1995.
12. Milan GS. *Diferenciação por serviços e posicionamento competitivo*. In: Vieira GBB. *Logística e distribuição física internacional: teoria e pesquisas*. São Paulo: Aduaneiras; 2006.
13. Jamouille M. Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice); 2000. Disponível em <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>.
14. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005.

jan-jun; 23(1).

15. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rev Port Clin Geral*. 2007; 23: 289-93.

16. Roland J. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic. The new doctor-patient relationship: the advent of "self-diagnosis". *Bull Acad Natl Med*; 191(8):1491-5; discussion 1496, 2007 Nov.

17. Dias MAA. Marketing e hospitalidade no hospital. *Revista Tratados de Enfermagem*. 2005; 2: 53-61.

18. Lipovetsky G. Entrevista, parte II. *Terra Magazine*, 2008. Disponível em <http://terramagazine.terra.com.br/interna/0,,OI2763094-EI6782,00-Entrevista+Gilles+Lipovetsky+parte+II.html>. Acesso em: ago.2008.

19. Csillag JM. Análise do valor: metodologia do valor: engenharia do valor, gerenciamento do valor, redução de custos, racionalização administrativa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 1995.

20. Hayes RH, Upton DM. Operations-based strategy. *California Management Review*. 1998; 40(4): 8-26.

21. Baudrillard J. *A Sociedade de Consumo*. Lisboa: Edições 70; 2007.

22. Maia DB. Erro médico no Brasil: análise de processos éticoprofissionais julgados pelo Conselho Federal de Medicina no período de 1988 a 1998. São Luiz (MA), Graduação [Trabalho de Conclusão de Curso], Universidade Federal do Maranhão, 1999.

23. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA*. 2005; 293:2609-2617.

Endereço para correspondência:

Rua Anita Garibaldi, nº2.298
apto.205, Boa Vista - Porto Alegre (RS)
CEP: 90480-200

Endereço eletrônico:

renanlps@msn.com