

SIMPÓSIO

Violência em saúde: quando o médico é o vulnerável

Elias Abdalla-Filho

A literatura bioética comumente elege alguns personagens como verdadeiros protótipos de sujeitos vulneráveis na área da saúde, dentre eles os pacientes. A figura do médico, por sua vez, desperta atenção não por este prisma, mas exatamente por seu oposto, ou seja, ele é visto como sujeito detentor de poder, sobretudo sobre seus próprios pacientes. Este artigo analisa, sob o vértice bioético, situações que colocam o médico na posição de sujeito vulnerável quando sob pressão advinda da instituição em que trabalha, de colegas profissionais ou mesmo de seus próprios pacientes. Objetiva, ainda, questionar a capacidade de este profissional oferecer condições de saúde a seus pacientes, quando lhe falta a própria saúde mental por se encontrar sob condições de violência emocional.

Elias Abdalla-Filho

Médico, doutor em Ciências da Saúde (Bioética) pela Universidade de Brasília, secretário do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da Associação Brasileira de Psiquiatria e membro do conselho editorial da Revista Brasileira de Bioética

Unitermos: vulnerabilidade, violência, bioética, assédio moral

Introdução

A vulnerabilidade é definida pelo Conselho Nacional de Saúde (1) como o “(...)estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido”. Entretanto, essa não é a idéia defendida por Guimarães e Novaes (2), que não concordam com a equivalência conceitual entre vulnerabilidade e redução da autonomia e traçam uma diferença básica entre ambas. Para as autoras, essa diferença parece centrar-se no fato de que a autonomia está ligada ao indivíduo em si, enquanto a vulnerabilidade tende a vincular-se a uma relação de desigualdade entre dois indivíduos ou, ainda, entre um indivíduo ou grupo de indivíduos e a sociedade em que estão inseridos, experimentando uma condição diminuída, senão anulada, de manifestar sua vontade.

A redução da autonomia pode ainda ser um ato simplesmente voluntário, como ocorre nos casos em que o indivíduo em questão exerce uma carreira militar ou é um

religioso. Considerando-se o caráter relacional da vulnerabilidade, pode-se constatar que alguém não é, mas **está**, ou não, vulnerável, na dependência de suas relações, sendo, portanto, totalmente possível a existência de situações que acabam por inverter os papéis socialmente estabelecidos. Em outras palavras, um indivíduo reconhecido como poderoso, por exemplo, não ocupa este lugar de forma absoluta, podendo encontrar-se em uma condição de vulnerabilidade quando exposto a situações de violência.

Ao longo de sua prática profissional o médico poderá sentir-se vulnerável, sobretudo quando vivenciar situações de violência procedentes de diversas fontes, como a instituição em que trabalha, a postura de colegas profissionais que temporariamente ocupam funções de poder ou até mesmo o comportamento de seus próprios pacientes. Essa perspectiva parece não ter sido considerada por Benatar (3) ao traduzir as relações de poder no contexto dos cuidados de saúde, reduzindo-as tão-somente ao “poder dos médicos de decidir sobre o equilíbrio entre prejuízos e benefícios a que os pacientes podem estar sujeitos”.

Essa visão reducionista e limitada, entretanto, é adotada por muitos bioeticistas. Embora o equilíbrio seja importante para a análise da distribuição de poder, como destacado por este autor, a sua tradução acerca das relações de poder no campo da assistência à saúde mostra-se por demais simplista, uma vez que avalia somente uma faceta de uma relação profissional marcada pela complexidade e multiplicidade de fatores circundantes. Com o propósito de refletir sobre tal complexidade, analisaremos

neste artigo situações que ilustram algumas das inúmeras possibilidades que podem aproximar o médico de uma condição de vulnerabilidade, distanciando-o da detenção de poder que tradicionalmente lhe é conferida. Com esse propósito, serão abordados exemplos de violência procedente da instituição profissional, de colegas de trabalho e dos próprios pacientes.

Condições de violência institucional

Uma situação bastante comum em diversas instituições de saúde, principalmente nas instituições públicas, é representada por um volume de trabalho que excede, e em muito, os recursos humanos disponíveis. Essa situação, que abrange também os médicos, impede esses profissionais de fornecer a necessária atenção aos já sofridos pacientes. Não se trata apenas de uma limitação inevitável decorrente do pouco tempo disponível, mas, sobretudo, de um estado de saturação emocional do médico que o impede de estar psiquicamente disponível para dedicar-se de modo pleno a seus pacientes.

Em tais condições, esse profissional se vê pressionado pela instituição onde atua, que lhe cobra as “estatísticas” de atendimento. Vê-se também pressionado por si próprio, ao experimentar um sentimento de insatisfação por estar exercendo seu trabalho de forma muito distante da desejada. Fatores como falta de material de trabalho, despreparo profissional de auxiliares, condições físicas precárias e outros tantos elementos de privação são apenas alguns entre os inúmeros que colaboram para descaracterizar ou até mesmo violentar o médico em seu exercício profissional.

SIMPÓSIO

É importante considerar, ainda, a existência de situações sutis de violência a que o médico pode estar sujeito. Exatamente devido à sutileza, tais situações podem ser difíceis de ser apontadas como motivo legítimo de protesto profissional, embora seja inegável o seu caráter de efeito altamente maléfico sobre o desempenho profissional. Como exemplo dessa violência sutil temos o exercício da medicina em instituições não primariamente médicas, mas de outra natureza, como as instituições políticas ou unidades militares. Esta experiência pode proporcionar ao médico o contato com situações em que não raramente cria-se uma (con) fusão entre o papel médico do profissional e os interesses primários intrínsecos à instituição. Essa diferença de propósitos entre a instituição e o profissional médico pode limitar a plena autonomia médica, considerando-se a possibilidade de predominância de critérios de outra natureza que não os médicos quando da tomada de decisões.

O Código de Ética Médica, em seu Capítulo II, contempla os direitos do médico, dentre eles o direito citado no artigo 23, ou seja, o de recusar-se a exercer sua profissão em instituições onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente. No entanto, a realidade nos mostra com clareza que exercer, na prática, tais direitos estabelecidos em um documento não é um desafio simples. O médico, muitas vezes, submete-se a tais condições por necessidades diversas, sobretudo a de sobrevivência.

Assédio moral

O assédio moral sofrido no local de trabalho (4,5) é um exemplo de violência que pode ser

vivenciada pelo médico e praticada por colegas de profissão que ocupem, ainda que temporariamente, funções de poder. Tal fenômeno é compreendido como a exposição de funcionários a situações humilhantes e vergonhosas, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e o exercício de suas funções. O nexo causal desse tipo de violência está nas condições em que o trabalho é realizado e não com a atividade profissional em si. Muitas vezes, o assédio é praticado de forma velada, não sendo raro um pacto de tolerância e de silêncio, não somente entre aqueles que estão no papel de vítimas como também de outros participantes, como as testemunhas dos comportamentos violentos.

Embora o sofrimento psíquico do trabalhador ainda seja relativamente banalizado, o assédio moral pode levar o médico à depressão e ao dano ou à anulação de suas condições mentais, necessárias para o desempenho das funções específicas de sua atividade profissional, podendo conduzi-lo até mesmo à incapacidade laboral. Atualmente, existem vários projetos de lei em diferentes municípios do país para enfrentar a questão do assédio moral. No âmbito federal, há propostas de alteração do Código Penal e outros projetos de lei que têm como objeto promover a punição para aqueles que exercem esse espectro de violência moral.

Violência praticada pelo paciente

Somando-se aos tipos de violência já citados, existe um outro tipo que inverte radicalmente a relação de poder do médico sobre o paciente: o momento em que um paciente realiza um ato

de violência física contra o médico, causando-lhe até mesmo a morte. Ainda que consideremos tal ato como fruto de um transtorno psiquiátrico, isso não diminui a condição de vulnerável do médico no instante em que está sendo agredido. Abdalla-Filho e Garrafa (6) mostram vários estudos que abordam agressões físicas sofridas por médicos-psiquiatras, alguns deles culminando com o óbito.

Bloom (7) destaca uma pesquisa realizada por Madden e cols. abrangendo 115 psiquiatras, dos quais 42% relataram ter sofrido agressões de seus pacientes. Haller e Deluty (8) consideram que as agressões praticadas por pacientes psiquiátricos são tão comuns que chegam a constituir verdadeiros riscos ocupacionais. No entanto, Appelbaum e Dimieri (9) afirmam que os profissionais da psiquiatria não apresentam respostas apropriadas diante do risco de agressão, de modo que enquanto alguns aceitam passivamente esse risco como parte do trabalho e não adotam medidas preventivas, outros negam o perigo em sua prática profissional, não se sabendo com clareza se essa postura é uma recusa consciente ou uma repressão inconsciente (recalque) do perigo manifestada por parte dos psiquiatras.

Discussão

Partindo-se do princípio de que a bioética é uma ética aplicada, é imprescindível termos a capacidade e a flexibilidade para analisar situações específicas de forma livre e independente de conceitos preconcebidos. Nesse sentido, este artigo reivindica a ousada proposta de quebrar certa rigidez presente em um “modelo” bioético que

adota a visão segundo a qual o médico é sempre um sujeito detentor de poder. Ao mesmo tempo, este texto se pretende um convite a uma reflexão mais aprofundada sobre situações reais e peculiares que agridem e violentam o médico, colocando-o na condição de vulnerável.

Vale ressaltar que essa perspectiva tende a ser considerada como pequena ou mesmo ser negada em nome da manutenção de um tradicional discurso bioético, defendido, sobremaneira pela corrente feminista. Analisemos as palavras críticas da filósofa Bárbara Nicholas, citadas por Diniz e Guilhem (10):

“(…) neste sentido, os bioeticistas têm evitado a confrontação e o enfrentamento direto com o discurso do poder. Nós nos colocamos à disposição da medicina, auxiliando apenas a profissão a executar o seu trabalho melhor. Os bioeticistas reconheceram que para manter sua presença ativa ao lado dos médicos é preciso que façamos nossos argumentos aceitáveis, no sentido de que possam ser ouvidos e aceitos pelo mundo médico (...)”.

Uma proposta da natureza acima citada deixa transparecer a idéia de um privilégio exercido pela classe médica, cuja condição seria a de detentora do poder. No entanto, uma inquietação paira sobre a seguinte questão: até que ponto a absorção, pelo próprio médico, desse “status” de sujeito poderoso, função essa delegada (e cobrada) pela sociedade, não significa uma enorme exigência para consigo, ao ponto de privá-lo do direito de se mostrar fragilizado em determinados momentos, não apenas diante da sociedade, mas, sobretudo, diante de si mesmo?

SIMPÓSIO

O que é visto como privilégio não poderia ser, em essência, um peso social e psíquico a ser sustentado? E a sustentação desse poder, a todo custo, não é capaz de exercer uma influência fundamental no comportamento médico de negação anteriormente citado por Appelbaum, em relação ao risco de agressão?

Conforme as circunstâncias apontadas, o médico pode estar sujeito a agressões e violências advindas tanto da instituição onde trabalha como de colegas ou mesmo de pacientes. É fundamental a manutenção de sua capacidade de poder administrar tais adversidades para o exercício da profissão, fornecendo condições de saúde à população. Além disso, em função da intensidade e acúmulo das frustrações e

agressões sofridas, o médico pode alcançar um estado mental de saturação que o coloca indisponível para fornecer atenção, levando-o a dispor, paradoxalmente, apenas de tensão para oferecer a seus pacientes durante o atendimento. Em outras palavras, a violência contínua e cumulativa sofrida pelo médico acaba por violentar diretamente também o paciente.

Desta forma, é fundamental a proposição de uma visão bioeticista que abranja e reconheça de modo mais amplo o espectro de sujeitos envolvidos nas relações de poder, de modo a reconsiderar contextualmente o lugar e a condição do profissional médico, que, embora por curto período de tempo, também pode ser considerado como vulnerável.

RESUMEN

Violencia en la salud: cuando el médico es el vulnerable

La literatura bioética comúnmente elige algunos personajes como verdaderos prototipos de sujetos vulnerables en el área de la salud, entre ellos los pacientes. La figura del médico, a su vez, despierta atención no por este prisma, sino exactamente por su opuesto, es decir, es visto como un sujeto poseedor de poder, especialmente sobre sus propios pacientes. Este artículo analiza, bajo el punto de vista bioético, situaciones que colocan al médico en la posición de sujeto vulnerable bajo presión proveniente de la institución donde trabaja, de colegas profesionales o incluso de sus propios pacientes. Tiene el intuito de cuestionar la capacidad de dicho profesional para ofrecer condiciones de salud a sus pacientes, cuando le falta la propia salud mental por encontrarse bajo condiciones de violencia emocional.

Unitérminos: vulnerabilidad, violencia, bioética, asedio moral

ABSTRACT

Violence in health: when the doctor is the vulnerable party

Bioethical literature commonly elects certain personalities as the true prototypes of vulnerable subjects in the field of health, among them, the patients. The figure of the doctor, in turn, attracts attention not

from this angle but from just the opposite, that is, he is seen as the wielder of power, especially over his own patients. This article analyses from a bioethical point of view, situations that put the doctor in a vulnerable position when he is under pressure coming from the institution where he works, from professional colleagues and from the patients themselves. It also aims to question the capacity of this professional to offer health conditions to his patients when his very own mental health is lacking because of his being in the situation of suffering emotional violence

Uniterms: vulnerability, violence, bioethics, moral harassment

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996;4(2):15-25.
2. Guimarães MCS, Novaes SC. Vulneráveis. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/vulnera.htm>.
3. Benatar SR. Bioética: poder e injustiça. In: Garrafa V, Pessini L, Organizadores. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p.25-33.
4. Hirigoyen MF. *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. 5.ed.Tradução de Maria Helena Küler. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
5. _____. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. Tradução de Regiane Janowintzer. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
6. Abdalla-Filho E, Garrafa V. Psychiatric examinations on handcuffed convicts in Brazil: ethical concerns. *Developing World Bioethics* 2002;2 (1):28-37.
7. Bloom JD. The character of danger in psychiatric practice:are the mentally ill dangerous? *Bulletin of the American Psychiatry and the Law* 1989;17(3):241-55.
8. Haller RM, Deluty RH. Assaults on staff by psychiatric in-patients. *The British Journal of Psychiatry* 1988;152:174-9.
9. Appelbaum PS, Dimieri RJ. Protecting staff from assaults by patients: Osha steps in. *Psychiatry Services* 1995;46 (4):333-8.
10. Diniz D, Guilhem D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Bioética* 1999;7(2):181-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

elias.abdalla@terra.com.br