

Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente

Adriano Cavalcante Sampaio
Maria Rejane Ferreira da Silva

Resumo O artigo apresenta discussão sobre a relação médico-paciente, utilizando para tanto o prontuário, tomado como instrumento do trabalho médico capaz de mensurar a qualidade da relação profissional. Por ser documento que cadastra informações a respeito da assistência, pesquisa e ensino, é elemento de comunicação entre os setores dos serviços, a instituição e os pacientes. Pautado em pesquisa em cinco hospitais em Recife/PE, que evidencia a existência de prontuários com baixa qualidade de preenchimento, o estudo aponta como possível causa a manutenção de posturas individuais e organizacionais que estabelecem distorções no preenchimento. Baseando-se na hipótese de que tais situações podem estar refletindo uma relação de autonomia excludente, bem como fragilidade ética na relação médico-paciente, este artigo discute à luz das teorias contemporâneas os possíveis fatores intervenientes nessas relações e conclui apontando a importância de pesquisas e novos estudos que desvendem as repercussões no preenchimento dos dados contidos nos prontuários médicos.

Palavras-chave: Ética médica. Registros médicos. Relações médico-paciente. Autonomia profissional.

Aprovação CPqAM nº 61/08



Adriano Cavalcante Sampaio
Médico, mestre em Sociologia,
professor do Departamento de
Medicina Social da Faculdade de
Ciências Médicas (FCM) da
Universidade de Pernambuco
(UPE), Recife, Brasil

A correta prática médica deve adotar como princípio básico relações de confiança e respeito entre o médico e o paciente. O paciente confia no médico convencido de que ele dispõe dos conhecimentos necessários à resolução de seu problema; e o respeito do médico ao paciente se fundamenta nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência¹. Entretanto, já no século XIV a crise da prática e da educação médica era motivo de preocupação para Petrarca (1304-1374), que chamava a atenção do papa para a falta de ética de muitos médicos e os riscos da impostura em medicina, que matava impunemente a ricos e pobres.

Desde então, a formação médica seguiu diferentes postulados, até que na primeira década do século XX mudanças significativas trouxeram repercussões na prática profissional, consolidando um novo paradigma calcado na hospitalização e na especialização. Segundo Mendes, o paradigma



Maria Rejane Ferreira da Silva
Enfermeira, doutora em Saúde Pública pela Universidad Autònoma de Barcelona, professora do Departamento de Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Recife, Brasil

da medicina científica, que se consolida com o relatório Flexner em 1910, se institucionaliza pela ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades e passa a direcionar a prática médica ². Nas últimas décadas foram supervalorizadas a biologia, a especialização e a tecnologia, trazendo como consequência mais visível a medicalização e a *desumanização* do médico, transformando-o cada vez mais em um técnico, um especialista, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos do paciente a que assiste, desconhecendo o *outro* como a essência do seu trabalho.

Embora à primeira vista possa constituir paradoxo de difícil visualização para muitos profissionais, a crença na *verdade científica* em nada é científica, atuando como toda e qualquer crença nos determinantes do comportamento. A introjeção desse padrão tende a levar o médico a adotar uma postura assimétrica e hierarquicamente superior na relação de poder que, inevitavelmente, estabelece com o paciente. Isso é mais contundente e observável quando o atendimento ocorre em serviços públicos de saúde, cujos pacientes são famílias de baixa renda, excluídas social, cultural e politicamente no universo urbano. Por apresentarem profunda diferença cultural e social em relação ao médico, sentem-se compelidos a crer que não são dignos do respeito à sua autonomia ³.

Nesse contexto assimétrico o médico tende a sentir-se o arauto da verdade, seja porque é quem efetivamente dispõe do conhecimento para determinar o tratamento, que pode propiciar a cura ou alívio dos sintomas apresentados pelo usuário, seja porque a desigualdade cultural e social que marca a relação faz com que aquele que demanda seus serviços lhe outorgue a primazia hierárquica. Assim, tanto por suas próprias crenças quanto pelo fato de partilhá-las com o usuário, que muitas vezes as reforça, estar investido do poder de agir em nome da verdade científica faculta ao profissional a posição hierárquica superior.

Tal desigualdade de poder se manifesta até mesmo nos casos em que, eventualmente, o resultante de sua atuação é mais negativo que benéfico. Muitas vezes, inclusive, tal poder torna-se um instrumento para obter lucro, que decorre da própria *devoção* à crença por ambos atores da relação: lucros financeiros diretos e indiretos (mediante presentes, brindes e viagens) ou, simplesmente, pelo reforço à projeção de uma imagem social com status diferenciado³. Essa circunstância acaba por consolidar uma prática que nem sempre propicia a melhor relação médico-paciente (RMP).

Em oposição a essa perspectiva centrada no poder médico, uma RMP adequada implica em qualidade, fator decisivo e essencial para o sucesso da prática médica. A melhoria da RMP não tem efeitos positivos apenas no tratamento da doença e na satisfação do usuário, mas influi decisivamente na qualidade do serviço. Na boa RMP o usuário dos serviços de saúde deve ser olhado como um ser autônomo, com fragilidades, expectativas, crenças e subjetividades, as quais devem ser respeitadas por quem estabelece a relação – que deve ser de troca, escuta e afetividade. À ausência de tais atributos na relação entre profissionais e pacientes pode-se associar parte do descrédito e do distanciamento que crescentemente se vem observando nos pacientes. Essa situação pode ser remetida à insuficiência na formação profissional, que não valoriza adequadamente a comunicação interpessoal no exercício profissional.

O instrumento da saúde, passível de mensurar diretamente o tipo e qualidade da relação entre os profissionais e os pacientes, é o prontuário

médico. O art. 1º da Resolução 1.638⁴ do Conselho Federal de Medicina (CFM) define os registros médicos, classificados de *prontuário*, como: *documento constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico*. De tal definição se depreende ser um documento que permeia as ações de assistência, pesquisa, ensino, controle administrativo e jurídico das atividades médicas, além de elemento de comunicação entre os setores internos e entre a instituição e os pacientes.

A importância do prontuário como elemento ético norteador da relação médico-usuário é demonstrada no art. 69 do Código de Ética Médica (CEM, 1988): *É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente*⁵, cujo texto volta a figurar no CEM que entrou em vigor em 2010, desta feita no art. 87 do Capítulo X, referente a documentos médicos⁶. O prontuário é direito do cidadão, portanto o seu uso indevido deve propiciar penalidades. O art. 39 do CEM de 1988, bem como o art. 11 do atual código, determinam a responsabilidade médica passível de punição: *receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos*^{5,6}.

O preenchimento incorreto e/ou ilegível dos prontuários médicos tem sido um dos problemas encontrados em grande parte dos hospitais brasileiros. Nos últimos anos muito se tem questionado sobre a escassez e a pouca

legibilidade dos dados neles contidos. A respeito, o *Jornal do Commercio*, publicado em Recife, opina: *letra de médico, eis uma expressão de cunho popular para caracterizar uma grafia de palavras que ninguém entende, às vezes nem quem as escreveu. Prende-se ao fato de médicos em geral serem inimigos da caligrafia. Isso merece uma pesquisa* ⁷. Esta rotina documental não deve nem pode ser encarada displicentemente, como simples cumprimento de burocracia. A pouca importância a ela dada pelos serviços públicos e privados deve ser preocupação daqueles que desejam uma assistência condigna ^{8,9}.

A qualidade do preenchimento dos prontuários pode sofrer interferência multifatorial. No plano organizacional as relações de trabalho podem ou não permitir condições adequadas de atendimento. Quanto aos processos de trabalho, os órgãos mantenedores – públicos, privados – apresentam diferenças significativas de qualidade no manuseio de seus prontuários. Novos métodos tecnológicos, como prontuários eletrônicos, podem interferir positivamente produzindo melhoras significativas no preenchimento e compreensão dos mesmos. Além desses fatores específicos, em parte concernentes à implementação de tecnologia informática, a profissionalização adequada, a adoção dos princípios éticos, bem como o conhecimento e o respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS) são fatores decisivos para uma justa e respeitosa RMP, que podem interferir diretamente na qualidade dos prontuários médicos.

Também contribui para os atuais problemas vivenciados na RMP a pouca valorização do

código de ética médica, levando – em alguns casos – a exclusão do *outro* de uma relação que deve ser plena de troca e diálogo. Essa prática de autonomia excludente nega o papel do principal sujeito da relação, o usuário, bem como os seus direitos inerentes, principalmente o que remete ao exercício de sua autonomia. Em contraparte, a autonomia médica vem sendo condicionada por uma formação profissional cujo paradigma predominante é o acolhimento biomédico, que não valoriza os aspectos psicossociais inerentes aos cidadãos.

Pode-se pressupor, portanto, que a precariedade da RMP gere e seja gerada por uma tensão entre autonomies: por um lado, o médico, em um contexto de dependência às inovações tecnológicas, contínuas e nem sempre respaldadas em ensaios clínicos consistentes, rodeado por aspectos míticos, culturais, organizacionais; por outro, os pacientes, com seus medos, crenças, frustrações, desejos e tradições culturais. Cumpre salientar que esse *outro*, o usuário, precisa ser cuidado e, como diz Ayres ¹⁰, cuidar de alguém é intervir sobre ele, é sustentar uma certa relação ao longo do tempo entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente.

Um prontuário preenchido com dados insuficientes ou ilegíveis pode representar uma inadequada RMP, que realizada de forma apressada e/ou superficial omite informações, desrespeita os direitos do usuário, nega sua liberdade de ter sua história clínica preservada e documentada. Curiosamente, um prontuário preenchido de forma correta e com legibilidade não traduz necessariamente uma boa RMP por duas razões: a) os dados podem estar tradu-

zindo um acolhimento meramente biomédico, não incluindo o componente biopsicossocial e; b) pode conter dados que não traduzem clinicamente o estado do usuário ou não representam um projeto terapêutico correto (anamnese mal conduzida, ausculta incorreta, diagnóstico impreciso, terapêutica inadequada etc.).

Este artigo, oriundo de tese de doutorado, reúne teorias sobre o tema disponibilizadas na literatura, numa tentativa de desvendar os fatores intervenientes na qualidade do preenchimento dos prontuários médicos que, a nosso ver, refletem a qualidade das RMP.

O direito à saúde

A saúde se caracteriza como sendo indissociável do direito à vida, situando-se, por isso mesmo, entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetora estatal. No Brasil, a atenção à saúde é *direito* de qualquer cidadão e *dever* do Estado¹¹, devendo estar totalmente integrada às políticas públicas, segundo Ordaçy¹².

No século passado, em 1948, durante o pós-guerra e a comoção internacional frente às atrocidades acontecidas, os direitos humanos obtiveram sua mais moderna e importante definição na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* da Organização das Nações Unidas (ONU). Como decorrência, os ordenamentos jurídicos de cada país tenderiam a garantir internamente os direitos fundamentais (sem perder de vista a necessidade conjunta de internacionalização), sob uma perspectiva de generalização (extensão da titularidade desses

direitos a todos os indivíduos). O art. XXV, § 1º da Declaração assim expressa: *todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos (...)*¹³.

No setor saúde, dois documentos importantes pelo caráter universalista e democratizante foram produzidos em dois momentos distintos: a *Declaração de Alma Ata*¹⁴ e a *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*¹⁵. A primeira, produzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em setembro de 1978, reconhece a saúde como objetivo social fundamental e dá nova direção às políticas da área, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como fundamentos conceituais. A *Carta de Ottawa*, de novembro de 1986, reconhece como pré-requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais e a equidade.

A história das políticas públicas de saúde guarda estreita correlação com as conjunturas econômica e política. No caso do Brasil, até o advento do SUS todas as tentativas de implementar políticas de saúde estiveram atreladas a circunstâncias do processo produtivo e apresentavam características amplamente excludentes. Para Acurcio¹⁶, esse processo histórico pode ser transformador de modo a que o novo manifeste-se na busca de estratégias para a formação de políticas públicas incluídas, universalizantes, voltadas a uma socie-

dade mais equânime e menos desigual e sem subordinação às tendências conjunturais.

A definição de saúde de forma abrangente, consagrada a partir da Constituição de 1988, condicionou a atual política de saúde, que implica em obrigações sociais como: acessibilidade a todo cidadão, independente de sua capacidade financeira ou forma (ou possibilidade) de inserção no mercado de trabalho; capacidade de responder às exigências postas pela transformação do quadro demográfico e do perfil epidemiológico, garantindo a adequação das ações às demandas geradas pelos diferentes quadros sanitários, nas diversas regiões do país; construção e preservação da saúde e não apenas a cura da doença; atuação de modo articulado, viabilizando a integralidade dos cuidados com a saúde e a oferta de serviços de boa qualidade que requerem atenção compatível, humana, com acolhimento – esse último significando diálogo, respeito e escuta.

A medicina e a formação médica

Nos Estados Unidos, no início do século XX, William Osler (1849-1919), considerado uma das mais importantes figuras mundiais da medicina interna, mestre da semiologia e professor da *Johns Hopkins University*, destacou-se no ensino da medicina, chamando a atenção para a importância da história clínica e da semiologia no raciocínio clínico, alertando para que *escutassem os pacientes*.

No entanto, desde 1910, com o advento do *Relatório Flexner*¹⁷, a estrutura curricular dos cursos de medicina seguiu a fragmentação da

especialização, tornando difícil uma atenção e compreensão integral dos pacientes. As críticas posteriores ao relatório, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie, advertem que o mesmo contribuiu para institucionalizar os seguintes elementos para o ensino médico: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo.

O avanço tecnológico introduziu novos elementos para o ato diagnóstico, interferindo na anamnese. Quanto a esse aspecto, Fachine, Piccini e Santos afirmam: *o conteúdo semiológico deixa de ser estruturado a partir de uma cuidadosa anamnese realizada com tempo e maestria clínica*. E complementam: *quando o exercício clínico transforma o médico em um técnico, dois riscos podem ser antevistos: para os pacientes, a iatrogenia, e para os médicos, sua incapacitação para entender a singularidade do paciente e do adoecimento*¹⁸. Feuerwerker¹⁹ analisa as consequências da incorporação tecnológica sobre a formação e a relação médico-paciente, apontando que a tecnologia, agindo como elemento essencial da fase diagnóstica, reduziu a importância da história clínica e do exame físico e, portanto, do contato do médico com o paciente e do interesse por sua fala. Estudo realizado por Grosseman e Patrício também mostra vários tipos de limitações na formação profissional, destacando que *o aprendizado centrado no diagnóstico e tratamento de doenças, principalmente em sala de aula e no contexto hospitalar, gera oportunidades insuficientes de interagir com a comunidade para compreender sua cultura e seus determinantes saúde-doença*²⁰.

Nos últimos anos muito se tem discutido sobre os currículos das faculdades de medicina no Brasil. A Universidade de Pernambuco (UPE) encetou longo processo (dez anos) na tentativa de reformular o currículo da Faculdade de Ciências Médicas. A respeito, a dissertação de mestrado de Sampaio afirma: *não se tem conseguido discutir com a amplitude necessária e desejável, mudanças de postura pedagógica. Corre-se o risco de implantar mudanças burocráticas que pouca influência possam ter na desejável mudança de postura dos profissionais, perante seus futuros pacientes* ²¹. Passados cinco anos, persistem evidências de que as mudanças discutidas nesta afirmativa precisam ser reavaliadas. O tema *prontuário médico* é discutido apenas nas duas primeiras unidades de ensino. O texto básico adotado apresenta o tema em apenas 10 parágrafos e ao longo do curso só é retomado no internato.

Como discutido, o advento da Constituição de 1988 trouxe nova e abrangente definição do conceito de saúde, transcendendo em muito a até então concepção hegemônica. A Lei 8.080/90, a chamada Lei Orgânica da Saúde, consolidou os postulados constitucionais e reafirmou a saúde como um conjunto de ações de caráter político, social e econômico. Esta ressignificação conceitual acarretou implicações diretas na formação profissional do médico, requerendo dos mesmos vivência sobre o acesso universal e qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social, o que significa dizer integração efetiva e permanente entre formação médica e serviços de saúde.

Ante a necessidade de promover mudanças para contemplar esses objetivos, Oliveira ²² avaliou resultados obtidos entre 2006 e 2007 no Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina (Promed), instituído pelos ministérios da Educação e Cultura, ressaltando, entre outras, as seguintes dificuldades enfrentadas no processo de mudança da formação: pouca sensibilidade dos docentes (dirigentes e consultores); pouco avanço na integração escola-serviços, com dirigentes de escolas dizendo que “o médico do serviço não está em condições de ensinar”. Acresça-se o sério problema ético de a transformação da escola ser vista como possível de ser feita de forma isolada do serviço de saúde (consultor do Promed). Esse quadro, eivado de obstáculos e limitações, levou o governo federal, por meio do Ministério da Educação, da Câmara de Educação Superior (CES) e do Conselho Nacional de Educação (CNE) a instituir a Resolução CNE/CES 4 ²³.

Esta resolução estabeleceu as *Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação Médica*. Em seu art. 3º estabelece uma série de normas e recomendações, dentre as quais destacamos o perfil do formando egresso: *médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção* ²³. O art. 4º, item I, recomenda princípios éticos e de responsabilidade na prática profissional: *os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra*

com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde ²³.

A formação médica requer a efetiva aplicação dessas diretrizes curriculares e a ampliação da abordagem do exercício dos prontuários e da relação médico-paciente em todas as unidades pedagógicas. Os dirigentes das organizações de saúde não podem eticamente se omitir de cobrar posturas mais condizentes com os direitos dos cidadãos e os profissionais médicos não podem – nem devem – desconsiderar sua função precípua: proteger e respeitar o *outro*, dialogando, ouvindo e incorporando suas verdades.

Significado da ética no exercício da medicina

A adoção de postura ética constitui a essência do trabalho médico. Em artigo recente, Oliveira Júnior ²⁴ assim se coloca em relação à ética: *a ética é salutar para todo cidadão. É, por assim dizer, o termômetro que regula o relacionamento humano, conferindo a ele condições satisfatórias para o desenvolvimento da potencialidade de cada um, buscando o conceito de 'viver bem', apregoado por Aristóteles. A ética médica vem acoplada de um plus diferenciado. Além da finalidade filosófica, que abriga a humanidade com o mesmo manto, a médica é direcionada para aqueles que desenvolvem cuidados com a saúde.*

Nessa perspectiva, olhar para o *outro* parece inerente ou obrigatório para o exercício de uma profissão que não existe sem uma relação a dois, no mínimo. Relação que deve ser pau-

tada pelos princípios éticos da beneficência e da não maleficência. Morin entende que a ética é uma religação com a comunidade e com um *outro*, de modo que: *todo olhar sobre a ética deve perceber que o ato moral é um ato individual de religação; religação com um outro, religação com uma comunidade, religação com uma sociedade e, no limite, religação com a espécie humana* ²⁵.

No contexto atual de sucessivas crises – de relacionamentos, econômicas, de valores –, a educação em ética médica assume significativa importância. Dantas e Souza afirmam: *o surgimento da bioética, em 1971, despertou a atenção para a necessidade de uma abordagem transdisciplinar e holística sobre os aspectos éticos em saúde, ampliando o escopo das disciplinas de deontologia e ética médica para a consideração de outras questões que extrapolam simples aplicações práticas de conceitos éticos no campo profissional* ²⁶.

Pesquisa realizada em 2004 ²⁰ levantou informações sobre as relações do médico com o *outro* ainda no processo de formação. O discurso dos estudantes, quando iniciados no curso médico, dá conta de razões como o desejo de ajudar os outros; de trabalhar com demandas humanas; de salvar vidas e acolher e mitigar o sofrimento das pessoas. Além dos anseios de ajuda coexistem os de realização pessoal, como reconhecimento social e financeiro e boa qualidade de vida.

A existência de múltiplas probabilidades, muitas vezes desconectadas da realidade setorial e organizacional, pode gerar, por conseguinte,

múltiplas frustrações de expectativas, desejos e sonhos que ao atingir o imaginário podem contribuir para alterar posturas éticas em relação à sociedade, ora como acomodação ora como reação desfavorável ao usuário, colocando-o como responsável. Nesse aspecto, Coelho Filho considera: *o conjunto de frustrações de expectativas, desejos e sonhos acaba por conformar um profissional cético quanto à possibilidade (e necessidade) de uma prática médica humanizada* ²⁷.

A sociedade, tal como a conhecemos hoje, é complexa, comportando diversas concepções e visões de mundo, o que implica em flexibilidade e aleatoriedade. Segundo Mariotti, para compreender e interagir na sociedade hodierna é preciso *uma nova visão de mundo, que aceita e procura compreender as mudanças constantes do real e não pretende negar a multiplicidade, a aleatoriedade e a incerteza, e sim viver com elas* ²⁸. Assim, no contexto das sociedades complexas, os limites individuais e coletivos, indispensáveis ao convívio social ético e solidário, adquirem caráter diferenciado. A respeito, Morin afirma: *quanto mais uma sociedade é complexa, menos são rígidos ou coercitivos os limites que pesam sobre os indivíduos e os grupos* ²⁹.

Para atender as necessidades das sociedades, cada vez mais complexas, os Estados se organizam em setores e o setor saúde é um dos mais ilustrativos dessas relações multifacetadas, seja pela existência justaposta de múltiplos interesses seja pela característica não estruturada dos problemas que emergem das relações sociais, como exemplifica a RMP.

Autonomia e prática médica

Adaptar os serviços de saúde às distintas realidades requer, entre outros aspectos, conhecer os principais atores partícipes dos mesmos. Atores que atuam em diferentes campos do conhecimento, numa convivência multidisciplinar complexa e geradora de muitos conflitos e contradições. A medicina, dentre outras categorias profissionais do setor, apresenta particularidades tecnológicas, políticas, históricas e culturais que a colocam numa posição hegemônica em relação às demais.

No caso da medicina, é importante dimensionar as especificidades e os graus de autonomia para entender os aspectos éticos que envolvem a profissão. Sob tal ótica, Machado coloca pontos fundamentais que precisam ser considerados: *a medicina detém algumas características sociais que a tornam paradigmática: tem autonomia, acumula poder e decisão sobre suas ações, possui prerrogativas monopolistas, possui autoridade não só profissional como cultural sobre sua clientela e é autorregulada* ³⁰.

Os médicos atuam num mercado altamente especializado com um conhecimento considerado científico, que só pode ser adquirido em escolas profissionais, credenciadas e licenciadas pelo Estado, que o faz um profissional diferenciado, já que esse instrumento é autocontrolado. Não há mecanismos burocráticos e gerenciais que deem conta de controlar efetivamente as atividades profissionais dos médicos ³¹.

A prática médica, na estrutura de produção capitalista e no modelo de saúde hegemônico

vigente, se centra numa relação profissional liberal-cliente e/ou numa relação serviço de saúde-usuário. Essas relações podem produzir atitudes de inclusão ou de exclusão do sujeito atendido no ato médico. Este sujeito (o *outro*), parte fundamental do atendimento, deve ser necessariamente incluído para que se consiga o acolhimento, o diálogo.

O *outro* é, ou melhor, deveria e deve ser, o ponto focal do ato médico que embasado nos princípios hipocráticos, do ponto de vista filosófico, e nos preceitos do código de ética médica, sob a égide jurídica, vem sendo tratado de modo pouco adequado, com escasso diálogo e incipiente inclusão na construção do processo terapêutico. Sobre isso, Morin afirma: *o princípio de exclusão é a fonte do egoísmo, capaz de exigir o sacrifício de tudo, da honra, da pátria e da família. Mas o sujeito comporta também, de maneira antagônica e complementar, um princípio de inclusão que lhe permite incluir o seu Eu num Nós (casal, família, pátria, partido)* ³².

A alteridade e a aceitação do *outro* estão fundamentadas na emoção do amor e no processo de estabelecimento de um linguajar, um conversar. Para Maturana, citado por Tarride, *o fenômeno do social, assim como o humano, está fundamentado em uma emoção sem a qual não existiria: o amor, entendido como a aceitação do outro na convivência* ³³. Wagner considera que o trabalho clínico precisa alterar o seu objeto e objetivo, buscando a dimensão social do sujeito de modo a *lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica; esse é um desafio para a saúde em*

geral, inclusive para a clínica realizada em hospitais ³⁴.

Em determinado momento histórico a autonomia passa a ser descrita como exercício da *vontade boa*, por um ser dotado de razão, cujo fundamento para tais escolhas é a moralidade. *A moralidade é, pois, a relação das ações com a autonomia da vontade, isto é, com a legislação universal possível por meio de suas máximas* ³⁵. Segundo Soares ³⁶, ampliar as oportunidades dos indivíduos significa promover autonomia, assim como compreender como o poder está socialmente distribuído entre os grupos para redimensionar o seu fluxo. A autonomia deve incorporar o social, considerar a existência do *outro*, principalmente o objeto da ação: que é o indivíduo e o coletivo. Para Morin, citado por Tarride, este pensar e esta práxis complexa exigem *um novo modo de agir que organize, não ordene; que não manipule, mas comunique; que não dirija, mas anime* ³².

Ainda que colocada em causa enquanto exercício possível de uma vontade livre, a autonomia – junto com a justiça – permaneceu como norteadora da construção da cidadania no século passado, no contexto das sociedades laicas e plurais contemporâneas. O conceito de autonomia remete a discussões sobre os seus paradoxos, a relação entre autonomia entendida como liberdade e as necessidades do coletivo, que se relacionam ao equilíbrio entre autonomia e justiça ³⁵. Da mesma forma, nas relações intersubjetivas o exercício da autonomia se constrói pela elaboração do discurso do *outro*, e não por sua eliminação, e a concepção de sujeito é a de uma instância não apenas do *eu penso*.

Pode-se classificá-lo como discurso ativo estabelecendo a relação com o *outro* e o mundo.

O conceito de autonomia em Maturana e Varela, também citados por Tarride, baseia-se na formação do conceito de *autopoiese* utilizado para caracterizar a capacidade dos seres vivos se auto-organizarem, poderem *se produzir* constantemente³². No caso dos seres humanos, o desenvolvimento da linguagem demarcaria não apenas o desenvolvimento de um modo de comunicação, mas o desenvolvimento de condutas linguísticas e, com essas, *a reflexão e a consciência: em consequência, o humano*³⁰.

Para o Conselho Federal de Medicina⁶, a autonomia médica está explicitada no novo Código de Ética Médica em dois momentos: a) nas considerações iniciais, quando afirma: *a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade*; b) inciso VII dos *Princípios Fundamentais*, ao explicitar: *O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente*.

Em todas as concepções aqui trabalhadas se encontra a busca de uma explicação para os caminhos pelos quais se constitui a autonomia, sua efetiva possibilidade no ser e no estar no mundo, e sua necessidade e legitimidade, desde a sobrevivência no sentido biológico até a da consecução de pautas de convivência e de justiça e equidade no âmbito da sociedade.

Priorizamos o enfoque centrado no sujeito, não apenas pelo caráter de aproximação inicial deste texto como por considerar que, segundo Morin, é ele o *grande esquecido* no campo da produção do conhecimento²⁵.

Assim, além de nos referirmos aos processos cognitivos, buscamos refletir sobre a questão de em que medida a autonomia do *sujeito que conhece* é importante e de que forma pode contribuir para as mudanças necessárias³⁷. Essa nova práxis se pauta no reconhecimento de que o usuário (o *outro*), além de se sentir vulnerável na relação com o serviço e equipe por várias razões (emocionais, culturais, econômicas, cognitivas), convive com dificuldades de acessibilidade de vários tipos (geográficas, organizacionais, do processo de trabalho). Esses fatores se agravam em virtude de uma postura egocêntrica presente em boa parte dos convívios entre equipes e pacientes.

A relação entre as organizações e seus membros tem sido exaustivamente estudada, destacando sempre a dificuldade que os gestores vivenciam ao tentar transformar uma postura individual em uma atitude voltada para o coletivo. Nesse particular, Dussault³⁸ diz que um problema de gestão é a adesão dos profissionais aos objetivos organizacionais, e que controlar demais e privar da autonomia impede a prestação de serviços de boa qualidade.

O egocentrismo representa o estimulador do egoísmo nos indivíduos e a sociedade convive com rivalidades, competições e lutas entre egoísmos, de modo que até mesmo interesses egoístas podem ocupar os governos. A burocracia

cia e a compartimentalização dos conhecimentos gera exclusões e atendimentos inadequados: *o desenvolvimento das especializações e dos departamentos burocráticos tende a encerrar os indivíduos num domínio de competência parcial e fechado, de onde deriva a fragmentação e a diluição da responsabilidade e da solidariedade* ³⁹.

As organizações de saúde, principalmente as públicas, ainda apresentam estruturas piramidais, segmentadas e fragmentadas. A filosofia administrativa adotada está mais vinculada aos princípios de uma administração patrimonialista, sem flexibilidade e visão estratégica. As relações dos serviços e das equipes com os pacientes não tem se pautado pelos preceitos da integralidade e da responsabilização com os seus territórios. Essas condutas tendem a gerar, no cotidiano das relações, atendimentos excludentes e inadequados.

RMP – autonomias em tensão

As atitudes excludentes e/ou comportamentos inadequados podem ter origem no processo de formação médica e se exteriorizar nos serviços. Sanitaristas e médicos de clínicas básicas responderam a uma pesquisa remetendo ao tratamento da subjetividade na formação profissional: *durante a formação acadêmica, os profissionais aprenderam a buscar o objeto 'doença' nas pessoas e sentiram falta de abordagens que estimulasse seu potencial de se relacionar com o outro* ²⁰.

A formação médica se exterioriza e corporifica nos serviços de saúde. No âmbito da formação ou do exercício profissional valores

inerentes à instituição médica, por vezes seculares, permeiam e conduzem a postura profissional. Clavreul, citado por Fernandes, assim se refere: *esta instituição tem suas leis e seu estatuto predefinidos, bem como seus mecanismos de controle e fiscalização, a RMP torna-se, na realidade, a relação entre a instituição médica e a doença, não existindo espaço para a presença subjetiva, isto é, para o sujeito do médico e o sujeito do paciente* ⁴⁰.

Essa relação instituição-doença tem gerado insatisfação pelo caráter impessoal e pouco afetivo. As críticas da sociedade têm ecoado com frequência e, segundo Dunning, citado por Grosseman: *um dos fatores que têm contribuído para isto é que, hoje, uma população mais bem informada requisita maior consideração e transparência dos profissionais médicos, além de modelos profissionais seguros* ²⁰.

Uma visão diferenciada, que toma por referência a situação de classe social, nos é apresentada por Fernandes, evidenciando a diversidade de interesses e posturas políticas na RMP: *não há espaço, desta forma, para a emergência de conteúdos políticos contra-hegemônicos na consulta médica, isto é, dos aspectos subjetivos que compõem a cidadania, e, em nome da neutralidade científica, o médico atua politicamente, conformando o paciente à ordem social em vigor. A RMP pode ser entendida, neste sentido, como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não hegemônicas* ⁴¹.

Para Entralgo, citado por Grosseman ²⁰, a relação médico-usuário é uma forma singular de

amizade ser humano/ser humano, que deve abranger a benevolência (querer o bem do *outro*), a *benedicência* (falar bem do *outro*, na medida em que pode fazê-lo sem mentir), a beneficência (aceitar lealmente o que o *outro* é ajudando-o delicadamente a que seja o que deve ser) e a *beneficência*, que é a efusão – expansão de afeto – em direção ao *outro*, para compartilhar com ele algo que lhe pertence intimamente, que se dá em confiança.

Porém, os mais variados fatores interferem nas RMP, dificultando a compreensão do *outro*, empanando o afeto, travando o diálogo. A influência das causas externas à relação são comentadas por Fernandes: *o raciocínio anátomo-clínico é frequentemente insuficiente para dar conta do sofrimento apresentado ao médico, cujas causalidades predominantes, na maioria das vezes, encontram-se em outros campos da vida, isto é, nos campos social, emocional, ambiental etc.*⁴¹ No que diz respeito ao processo histórico, organizativo, jurídico, ético e clínico do acompanhamento das RMP não se dispõe de outra ferramenta documental que não seja o prontuário médico.

Pesquisa realizada em Recife confirma o registro deste fato na literatura da área e corrobora as impressões anteriores, apontando um quadro preocupante em relação ao preenchimento dos prontuários médicos. No capítulo referente à discussão, Sampaio e Barros afirmam: *considerando o somatório de todos os itens, de todas as clínicas, num total de 25, evidenciou-se que na primeira consulta todos os três níveis de complexidade apresentaram grau de preenchimento com predominância péssimo*⁴². Disso se

conclui que o principal instrumento para atestar a qualidade ética e técnica da RMP ainda deixa a desejar. Assim, é importante fomentar a educação ética do profissional para capacitá-lo a responder de maneira efetiva aos anseios e necessidades dos pacientes de seus serviços.

Considerações finais

Um dos produtos da RMP, o prontuário médico, deve se transformar em relato vivo da história de vida do usuário, ao invés de mero instrumento burocrático-contábil, como vem sendo tratado em boa parte das unidades hospitalares. Os achados no exame clínico, as hipóteses diagnósticas, as condutas e recomendações devem ser documentadas, registradas para o futuro da relação. Um futuro que implica em responsabilidades, continuidade, envolvimento das equipes com os cidadãos dos seus territórios de atuação. Entende-se que quanto mais frutífera e respeitosa seja a relação com o *outro* mais informações deverão estar documentadas nos serviços de saúde.

O médico é o biógrafo clínico do *outro*. Como biógrafo, deve assumir a responsabilidade da verdade histórica da essência de sua *práxis* profissional. Para que o preenchimento do prontuário de forma correta seja valorizado e soluções sejam buscadas para ressignificá-lo é imprescindível a realização de estudos e pesquisas focados sobre esse importante elemento da prática profissional. A simples adoção de novas tecnologias, como os prontuários eletrônicos, poderá ser inócua se não requali-

ficarmos os encontros entre profissionais e pacientes. A transformação de médicos em cuidadores efetivos e responsáveis deve substanciar a busca obsessiva pela qualidade da formação profissional, pelos educadores e dirigentes, também no que tange ao prontuário que, como visto, é peça-chave de registro e comunicação em uma RMP.

A realidade vivenciada nos serviços e a prática do ensino da medicina vêm estimulando e reforçando a necessidade de um aprofundamento teórico na formação profissional, bem

como a realização de pesquisas sobre a problemática dos prontuários médicos. Quer do ponto de vista individual quer da dimensão organizacional, é nítida a necessidade de identificar os porquês da realidade encontrada, gerar insumos para novas pesquisas e material didático para discussões nos âmbitos da graduação e pós-graduação. Dessa maneira se poderá fortalecer o aprendizado e instituir posturas cuidadoras com respeito à autonomia dos pacientes, numa relação que se pautela escuta, pelo diálogo e por um acolhimento preponderantemente biopsicossocial.

Artigo inédito elaborado a partir de tese para obtenção do grau de doutor pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, que não contou com financiamento institucional ou de agências de fomento.

Resumen

Prontuarios médicos: reflejos de las relaciones médico-paciente

Este artículo presenta un análisis de la relación médico-paciente, utilizando el registro médico, tomado como instrumento médico capaz de medir la calidad de la relación profesional. Debido a que el documento que registra información sobre la asistencia, la investigación y la enseñanza, es un elemento de comunicación entre los sectores de servicios, la institución y los usuarios. Basado en la investigación en cinco hospitales de Recife, lo que indica la existencia de registros con relleno de baja calidad, el estudio sugiere una posible causa de mantener posiciones individuales y de organización, que proporcionan una distorsión completa de las listas de éxitos. Partiendo del supuesto de que tales situaciones pueden reflejar una relación de autonomía de exclusión y de debilidad ética en el médico y el paciente, este artículo describe las teorías contemporáneas a la luz de los posibles factores implicados en estas relaciones y concluye resaltando la importancia de nuevos estudios de investigación que den a conocer las implicaciones para la terminación de los datos contenidos en registros médicos.

Palabras-clave: Ética médica. Historia clínica. Relaciones médico-paciente. Autonomía profesional.

Abstract

Medical records: reflex of doctors-patients relationship

The article presents a discussion on the doctor-patient relation, using for this purpose the promptuary, taken as an instrument of the medical work that is capable of measuring the quality of the professional relation. By being a document that records information as to the assistance, research and teaching, it is an element of communication between the sectors of the services, the institution and the patients. Based on research in five hospitals in Recife/PE, which shows the existence of low-quality promptuaries, the study points as the possible cause to the maintenance of individual and organizational postures what establish distortions in the filling out of the promptuaries. Based in the hypothesis that such situations can be reflecting an excluding autonomy relation as well as an ethical fragility in the doctor-patient relation this article discusses, under the light of the contemporary theories the possible intervenient factors in these relations and concludes pointing to the importance of research and new studies that would solve the repercussions in the filling out of the data contained in the medical promptuaries.

Key words: Ethics medical. Medical records. Physician-patient relations. Personal autonomy.

Referências

1. Almeida JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
2. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/Finep; 1984.
3. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2004; 8(14): 21-32.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União* 9 ago. 2002;(153):seção 1, p. 184-5.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* 26 jan. 1988:seção I, p.1574-7.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, 24 de setembro de 2009 [Internet]. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* 24 set. 2009: seção I, p. 90. Retificação *Diário Oficial da União* 13 out. 2009: seção I, p.173 [acesso 7 maio 2010]. Disponível http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm.
7. Prontuários de má qualidade [editorial]. *Jornal do Commercio* 6 nov. 2007:1º caderno, p.10.

8. Carvalho MS. Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1994 jan./mar; 10(1): 17-29.
9. Rebelo MS. Importância do registro em prontuário para implantação de um sistema de informações. *Rev Bras Cancerol* 1993 jul/set; 39(3): 115-7.
10. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2001; 6(1):63-72.
11. Brasil. Constituição. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. p.133.
12. Ordacgy AS. A tutela de saúde como um direito fundamental do cidadão [Internet]. Brasília: Defensoria Pública da União; [acesso 4 maio 2008]. Disponível: http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf.
13. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas; 10 dez. 1948 [acesso 6 maio 2010]. Disponível: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.
14. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata [Internet]. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 set. 1978; Alma-Ata/URSS [acesso 6 maio 2010]. Disponível: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
15. Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa [Internet]. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; nov. 1986; Ottawa [acesso 6 maio 2010]. Disponível: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.
16. Acurcio FA. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, curso de especialização em Saúde Pública; [acesso 25 maio 2006]. Disponível: <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>.
17. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching [Internet]. New York: Carnegie Foundation; 1910 [acesso 6 maio 2010]. Disponível: http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf.
18. Facchini LA, Piccini RX, Santos RC. Aspectos históricos e conceituais em educação médica. Brasília: Universidade Católica, Centro Acadêmico de Medicina Armando Bezerra; [acesso 28 mar. 2008]. Disponível: http://www.camab.hpg.ig.com.br/Asp_hist.htm.
19. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 2002.
20. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Rev Bras Edu Méd* 2004; 28(2): 100.
21. Sampaio AC. Estudo sociológico institucional do processo de mudança do ensino médico na UPE [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Sociologia; 2003. p.104.

22. Oliveira NA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev Bras Edu Méd.* 2008;32(3):333-46.
23. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior; [acesso 6 maio 2009]. p.1. Disponível <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
24. Oliveira Júnior EQ. A evolução do conceito da ética médica [Internet]. São Paulo: Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes; 29 nov. 2008 [acesso 10 abr. 2009]. Disponível: http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=200811271658499.
25. Morin E. O método 6: ética. Porto Alegre: Sulina; 2005. p. 21.
26. Dantas F, Souza EG. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. *Rev Bras Educ Méd.* 2008;32(4):508.
27. Coelho Filho JM. Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface Comun Saúde Educ* 2007 set/dez;11(23):632.
28. Mariotti H. As paixões do ego: complexidade, política e solidariedade. São Paulo: Palas Athena; 2000. p.88.
29. Morin E. Op. cit. p. 148.
30. Machado MH. Médicos, organizações de saúde e ética. *Rev Bras Edu Méd.* 2000 jan/abr;24(1):70.
31. _____. Op. cit.
32. Morin E. Op. cit. p. 20.
33. Tarride MI. Saúde pública: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 78.
34. Campos GW, do Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cien Saúde Colet* 2007 jul/ago;12(4):852.
35. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Cien Saúde Colet* 2008 jan/fev; 13(1): 215.
36. Soares H. A importância da autonomia [Internet]. Santa Maria: Pós-modernidade, Saúde e Educação Prof. Holgonsi Sores Gonçalves Siqueira; [acesso 10 nov. 2008]. Disponível: <http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/index.autonomia3.html>.
37. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Op. cit: 95-102.
38. Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Adm Pública* 1992 abr/jun;26(2):8-19.
39. Morin E. Op. cit. p. 25.
40. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? *Cad Saúde Pública* 1993 jan/mar;9(1):23.

41. Fernandes JCL. Op. cit. p.24.

42. Sampaio AC, Barros MDA. Avaliação do preenchimento de prontuários e fichas clínicas médicas no IV Distrito Sanitário-Recife/PE. Recife: Edupe; 2007. p.53.

Recebido: 1.5.2010

Aprovado: 25.5.2010

Aprovação final: 17.6.2010

Contatos

Adriano Cavalcante Sampaio - *adriano@noronha.com.br*

Maria Rejane Ferreira da Silva - *rejane@cpqam.fiocuz.br*

Adriano Cavalcante Sampaio - Rua Marechal Deodoro, 432 apt 202, Encruzilhada CEP 52.030-170. Recife/PE, Brasil.