

## Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente

Marcelo de Sousa Tavares

**Resumo:** A relação entre médicos e pacientes sempre foi extremamente complexa e rica. O presente artigo analisa os diversos fatores pré, intra e pós-consulta que podem interferir sobre a consulta. Os fatores aceitos como justificáveis de determinadas atitudes, tanto por pacientes e médicos, são explicitados. A visão do médico a respeito do conceito de justiça ligado ao ato da consulta, bem como a influência de fatores individuais, são igualmente discutidos. A situação ideal referente à relação entre consultado e consultor deve refletir a compreensão por ambas as partes dos diversos fatores que influenciam essa relação.

**Palavras-chave:** Ética. Relação médico-paciente. Justiça.



**Marcelo de Sousa Tavares**  
Nefrologista pediátrico,  
assistente do Centro de  
Nefrologia da Santa Casa de  
Belo Horizonte

A consulta médica pode ser definida como uma interação complexa, multidimensional, entre dois agentes sociais, médico e paciente. *A priori*, a situação permite reconhecer diferenças estruturais entre os mesmos, que se refletem na percepção que cada um tem dessa relação. Na seqüência, serão descritas algumas dessas diferenças, identificados padrões de expectativas que, objetiva ou subjetivamente, regulam os comportamentos nessa relação e, por fim, analisados os aspectos éticos referentes a situações nas quais os envolvidos percebem que há quebra nesses padrões.

### O médico e o paciente

A relação entre médico e paciente é, *a priori*, assimétrica, pois o primeiro é detentor do conhecimento técnico necessário para buscar a solução para os problemas de saúde do segundo. O paciente é aquele que se encontra em situação de ameaça à sua inte-

gridade física e mental, pelo intercurso da doença, em decorrência da qual se reporta ao médico. No entanto, essa assimetria, instituída pela própria relação em si, não precisa significar, necessariamente, desequilíbrio na inter-relação entre médico e paciente, implicando, apenas, em considerar que o paciente procura alguém com mais conhecimento que ele próprio para resolver seus problemas de saúde. Para que o profissional possa alcançar esse intento, o artigo 5º, Capítulo 1, do Código de Ética Médica (CEM) recomenda que o profissional aprimore continuamente seu conhecimento e use, da melhor maneira possível, o progresso científico em benefício do paciente<sup>1</sup>.

Outra peculiaridade dessa relação é que o médico utiliza o conhecimento para prover sua própria subsistência. Esse fato, contudo, faz com que sua percepção do paciente oscile de forma dicotômica, ora o considerando como provedor de recursos – direto (quando consulta particular) ou indireto (nos casos de transferência de recursos por instituições ou sistemas de saúde) – ora percebendo-o segundo a perspectiva inerente ao *ethos* da profissão, onde o paciente é visto como ser humano doente, que necessita de cuidados. Essas perspectivas por vezes antagônicas, refletem o hiato entre doutrinas neoliberais e materialistas e o conceito humanístico do paciente como ser, remetendo diretamente à concepção exposta no juramento de

Hipócrates e no CEM. A visão do médico apenas como provedor de serviços é fruto da visão mercantilista da saúde, que sob essa ótica torna a saúde uma mercadoria ou produto como outro qualquer<sup>2</sup>. Essa visão torna passível considerar o paciente cada vez mais como “cliente”, em detrimento de uma percepção humanística da relação que se pode estabelecer entre ambos<sup>2</sup>.

Como o paciente procura o profissional em função da doença e sua sintomatologia, pode-se identificar algumas expectativas específicas à relação, que lhe são inerentes e a moldam, antes mesmo de o vínculo interpessoal ser estabelecido. A principal delas é que o médico diagnostique o mal que acomete o paciente e promova alívio à sua dor e sofrimento.

Daí decorrem outros anseios do paciente, relacionados ao comportamento esperado do profissional e à forma como conduz a consulta:

- Atenção do médico, ou seja, que o escute e dê importância a seu relato;
- Complacência do médico quanto à sua necessidade de se expressar;
- Compreensão, por parte do médico, do contexto social de quem procura seu auxílio, examinando-o e prescrevendo conforme as expectativas e possibilidades<sup>3</sup>.

As expectativas do paciente em relação ao médico, e vice-versa, são mediadas por

diversos outros fatores. Dentre os quais se destacam a expectativa do próprio médico como detentor do saber e poder, o que implica em que o paciente siga a prescrição recomendada. O tipo de mal cometido pelo mesmo também interfere sobre a relação. Dentre as diferentes especialidades médicas, a abordagem de problemas psiquiátricos talvez seja a que mais dificuldades apresenta nas interações entre profissionais e pacientes<sup>4</sup>.

### A perda do equilíbrio na relação médico-paciente

A situação em que as expectativas do médico e paciente são preenchidas resulta numa relação a princípio adequada. Essa condição não indica necessariamente o diagnóstico ou prescrição correta, mas a relação eticamente correta. Não obstante, em muitas ocasiões, essa relação mostra-se frágil e insatisfatória, na maioria das vezes para o paciente e, em raras, para o médico. Tal situação insatisfatória ocorrerá, basicamente, quando houver discrepância entre qualquer das expectativas de ambos – o que, de fato, acontece no atendimento.

Segundo a perspectiva do paciente, a quebra da relação ocorre no momento em que recebe algo diferente do que merece – em seu julgamento, uma injustiça. Nessa circunstância, é comum que sinta que seus direitos foram lesados, identificando essa injustiça nos seguintes aspectos:

- Tempo da consulta menor do que considera necessário, circunstância que, conseqüentemente, associa-se à avaliação sobre a atenção que o médico provê;
- Discrepância entre o tempo de consulta e o valor pago, análise na qual são contrapostos o seu esforço pessoal, por meio do trabalho, para remunerar a instituição/plano de saúde frente ao benefício recebido;
- As informações desejadas não são as fornecidas pelo médico;
- Insatisfação no resultado do tratamento (expressa, atualmente, por uma minoria, considerando-se que as situações acima referidas não ocorreram).

Em relação a esses tópicos faz-se preciso tecer algumas considerações adicionais. Grosso modo, quando o tempo da consulta é menor do que o paciente considerava necessário, tal avaliação relaciona-se ao conceito de mérito auto-reconhecido, produzida no paciente pela conjugação de valores inconscientes (fruto da história pessoal de cada um) e conscientes (esclarecimento de seus direitos como cidadão). Quando a percepção da “injustiça” decorre da discrepância entre o tempo de consulta e o valor pago, vale dizer que se pode identificar como senso comum entre pessoas de baixa renda a justificativa da má qualidade de serviços públicos pela “gratuidade” aparente dos mesmos.

De maneira semelhante, também o médico pode sentir-se prejudicado na relação.

Generalizando, porém, sem descaracterizar a essência da perspectiva do profissional, pode-se afirmar que tal sensação decorre: a) de o médico sentir-se injustiçado pelo esforço despendido e, apesar disso, o paciente não seguir as orientações; b) da sensação subjetiva de não reconhecimento de seu trabalho, pelo paciente ou empregadores, concorrendo para que perceba, subjetivamente, que teve menor reconhecimento do que mereceu. É importante salientar, ainda, que o médico como provedor de serviços, que recebe seus proventos direta ou indiretamente do paciente, pode experimentar um agravamento dessa sensação de insatisfação pela dupla (e contraditória) imposição de ter que fazer o bem ao paciente e, apesar de seu empenho, sentir-se impotente para tanto, seja devido às circunstâncias conjunturais, como falta de exames ou medicamentos nos serviços públicos, por exemplo, seja como consequência de fatores sociais ou, até mesmo, interpessoais, que levam o paciente a não seguir as orientações dadas.

O desequilíbrio na relação médico-paciente e a consequente insatisfação e sensação de injustiça que pode abater-se sobre ambos tende a produzir dois modelos de comportamento: o médico tenta melhorar sua comunicação com o paciente, buscando restabelecer a confiança recíproca na relação e o prosseguimento do tratamento<sup>3,5</sup>; o paciente quebra o elo de sua relação com o médico e procura novo profissional de saúde para atendê-lo.

## Discussão

Em várias compilações de direitos constata-se, explicitamente, o direito do ser humano à saúde: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Constituição Federal, a Lei 8.080 e os contratos de prestação de assistência médica. Em todos esses documentos, que operam em níveis distintos, a saúde é reconhecida como direito de cidadania, relacionada à dignidade humana e à justiça. Porém, grande parte da questão sobre o estabelecimento da adequada relação médico-paciente decorre diretamente de questão microética, ou seja, envolve basicamente as relações interpessoais<sup>5</sup>, o que implica em refletir sobre como transpor os princípios éticos universalizáveis e generalizáveis para a prática cotidiana.

O termo “justiça” reporta-se ao que está em conformidade com o que é justo, referindo-se ao reconhecimento do mérito de alguém ou de algo. Isso, por sua vez, evoca o que se conhece por “liberdade de processo plena”, que segundo Kolm<sup>6</sup> é a *liberdade de beneficiar-se dos resultados dos próprios atos, o que pressupõe o usufruto de si mesmo*. Contudo, no caso da relação médico-paciente, à justiça se antepõem as limitações da vida prática, onde existem restrições de tempo, excesso de pacientes e má remuneração do médico, principalmente nos serviços públicos, onde frequentemente há hiperlotação. Tal processo também remete o médico à situação de injustiça. Diante de tais obstáculos ao

exercício profissional com justiça e liberdade de processo plena, acaba sendo necessário que trabalhe sob o princípio da “justiça redistributiva plena”, para ajudar primeiro os mais vulneráveis, os pacientes, quando a igualdade é impossível ou inviável.

Considerando a situação estabelecida entre consultando e consultor, as diferentes perspectivas éticas aqui levantadas, a adoção do princípio da justiça redistributiva plena pelo profissional, permite que o paciente, em situação passiva *a priori*, receba suas orientações e conhecimento, o que provavelmente preencherá suas expectativas quanto ao atendimento e aos cuidados de saúde. Pode-se fundamentar a ação ética decorrente da justiça distributiva no imperativo kantiano: *age unicamente segundo a máxima que te leve a querer ao mesmo tempo que ela se torne lei universal*.

Além dessa ótica também poderíamos considerar pertinente a consulta médica como objeto de uma ética contratualista<sup>7</sup>. A situação contratual é clara: o interesse do paciente é ser atendido e o do médico, atendê-lo. A situação ideal seria aquela na qual, hipoteticamente, ambas as partes teriam seus interesses atendidos, segundo a escolha do paciente. Assim sendo, poderíamos considerar essa situação como compatível com a “posição original” descrita por Rawls, aquela na qual os contratantes buscam formular princípios que lhes permitem realizar seus interesses.

Essa posição original, transposta à situação pretendida, seria a ideal para uma adequada relação médico-paciente.

Entretanto, médico e paciente estão muitas vezes privados de alguns conhecimentos sobre as características e circunstâncias particulares que interferem em suas expectativas quanto ao atendimento: quando o médico encontra o paciente pela primeira vez ainda não conhece em detalhes seu cotidiano, hábitos e condição de vida. Nesses casos, também o paciente, por não conhecer o médico, ignora a maneira como este conduz a relação e propõe a terapêutica – essa situação de atendimento pode dificultar o alcance da posição original.

A necessidade do paciente o leva a buscar tratamento com a expectativa de resolver o problema que o acomete. A proposta terapêutica para esse tratamento deve ser apresentada pelo médico ao paciente da mesma maneira que faria com outrem, ressaltando-se, obviamente, a especificidade da doença e do doente. O médico, contudo, precisa atuar valendo-se da ética discursiva, habermasiana<sup>8</sup>, que é uma reconstrução processual da ética kantiana: *só podem reclamar validade as normas que encontrarem – ou puderem encontrar – o assentimento de todos os participantes de um discurso prático*<sup>8</sup>.

Como visto, as perspectivas da relação médico-paciente diferem quanto à expectativa antes mesmo de iniciado o proces-

so de consulta. Considerando o ponto de vista ético-normativo, kantiano, para o paciente a atitude do médico é que contará como fonte de julgamento (juízo): adequada ou inadequada. Na perspectiva da ética discursiva, adotada pelo consultante, a idéia de finalidade, a melhora da saúde, é reformulada a partir da compreensão intersubjetiva de direitos e deveres e, nesse ponto, deve-se contar com as atitudes do paciente. Isto pressupõe a possibilidade (não a obrigatoriedade) de efeitos colaterais, decorrentes da aplicação de princípios morais a situações concretas, como, por exemplo, a aceitação moral por parte do médico em limitar o tempo de consulta ou reduzir o número de informações se outros pacientes com maior gravidade precisam ser atendidos.

Essas considerações pontuais reforçam o anteriormente afirmado, também apontado por Escribano<sup>9</sup>: *a lei universal nem sempre abarca as múltiplas características pessoais e nem a enorme e difícil complexidade de algumas situações e é preciso sempre*

*repensar se esse comportamento continua sendo o melhor para o homem.* Assim, a ética normativa tem que se converter em ética pessoal. Enquanto isso não se realiza, deve ficar em suspenso o juízo valorativo de uma conduta pela qual o homem se faz bom ou mau ao levá-la a efeito.

### Considerações finais

A interação médico-paciente é extremamente complexa e influenciada por diversos fatores, tanto *a priori*, como a expectativa do paciente e do médico, a relação de poder entre consultante e consultado, as fantasias do paciente durante a consulta, relacionadas ao fornecimento de informação acessível, ao tempo e atenção adequados e à duração da consulta, como *a posteriori*, relacionadas ao sucesso do tratamento e à satisfação do paciente. A compreensão do dinamismo e de como os diferentes fatores interagem para gerar uma adequada relação médico-paciente são desejáveis para o sucesso do tratamento.

### Resumen

---

#### Aspectos éticos de la ruptura de la relación médico-paciente

La relación entre médicos y pacientes siempre se mostró extremadamente compleja y rica. El presente artículo analiza los diversos factores pre-, intra- y post-consulta que pueden interferir en la consulta. Los factores aceptos como justificables de determinadas actitudes, tanto por los pacientes como por los médicos son explicitados. La visión del médico cerca del concepto de justicia relacionado al acto de la consulta, así como la influencia de factores individuales son igualmente discutidos. La situación ideal referente a la relación entre consultado y consultor debe reflejar la comprensión por ambas partes cerca de los diversos factores que influyen esta relación.

**Palabras-clave:** Ética. Relación médico-paciente. Justicia.

## Abstract

---

### **Ethical aspects of medical-patient relationship**

The relationship between patients and physicians has always been considered extremely rich and complex. This paper analyzes the varied factors affecting this relation, including pre-, intra- and post-consultation. Factors acceptable as justifiable for certain attitudes, both concerning patients and physicians are discussed. The physicians' opinions on the concepts of justice related to the act of consultation, as well as influence of individual factors are equally discussed. The ideal situation referred to the relation between consultant and consulted should reflect the comprehension by both parts of the varied factors that influence this relation.

**Key words:** Ethics. relationship between physicians and patients. Justice.

### Referências

---

1. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.246/88 [online]. [Acessado em 2 fev 2008] Disponível em: URL: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>
2. Soar Filho EJ. A interação médico-cliente. Rev Assoc Med Bras 1998;44(1):35-42.
3. Caprara A, Lins e Silva FA. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública 1999,15(3):647-54.
4. Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. Rev Saúde Pública 2002, 36(4):439-47.
5. Pegoraro O. Saúde e justiça. In: Pegoraro O. Ética é justiça. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p.109-12 .
6. Kolm SC. A justiça como razão da sociedade: um exame geral. In: \_\_\_\_\_. Teorias modernas da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 2000. p.3-36.
7. Rawls J. Uma teoria da justiça. Lisboa: Presença; 1993 apud Borges ML, Dall'Agnol D, Dutra DV. O contratualismo moral. In: Ética. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2003. p.82-93.
8. Borges ML, Dall'Agnol D, Dutra DV. O contratualismo moral. In: \_\_\_\_\_. Ética. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2003. p.95-120.
9. Escribano M. Reencontro com os valores humanos: a ética. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná 1996;13(50):72-86.

Recebido: 5.2.2008

Aprovado: 9.6.2008

### Contato

---

Marcelo de Sousa Tavares – [tavares.marc@gmail.com](mailto:tavares.marc@gmail.com)