

Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes

Manuel Agostinho Fernandes. Professor Doutor em gestão da qualidade. Professor Coordenador da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

O presente artigo tem como principal objectivo apresentar uma análise sobre a presença do poder no relacionamento entre profissionais de saúde e doentes de um serviço de nefrologia. Assim, foram utilizadas como foco de análise as concepções correspondentes às categorias e subcategorias, definidas na tese de doutoramento, (do autor do artigo) dedicado ao estudo deste relacionamento. Utilizou-se como ponto de partida a importância atribuída ao princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2002), e o direito à autodeterminação do doente no relacionamento entre profissionais e doentes consagrado na Carta dos Direitos dos Doentes, do Ministério da Saúde.

O estudo no qual se baseia esta análise, tem como principal questão de investigação, definir qual a dinâmica de relacionamento entre profissionais de saúde e doentes que melhor se adapta à Gestão da Qualidade na Saúde, sendo ao mesmo tempo, adequada à realidade clínica e sociológica actual.

Assim sendo, decidiu-se adoptar no âmbito desta análise o método fenomenográfico, enquadrado nas metodologias qualitativas, o qual foi considerado adequado ao estudo de fenómenos em que se procura identificar a diversidade de concepções existentes sobre os mesmos. Como o método defende que o fenómeno será mais facilmente compreendido se forem utilizadas as perspectivas dos vários intervenientes, foram utilizados como informantes, médicos, enfermeiros e doentes, os principais intervenientes no processo de cuidados. Respeitando este princípio, foram entrevistados doze (12) doentes, cinco (5) médicos e dez (10) enfermeiros de um serviço de nefrologia, onde se realizam terapias de substituição da função renal. De acordo com os resultados procurou-se cartografar a diversidade de concepções existentes em cada grupo, bem como entre os diferentes grupos.

Conceptualmente esta análise baseou-se nas ideias de Foucault, nomeadamente no estudo de instituições onde se verificam relações de poder, nas quais se incluem as instituições hospitalares (Foucault, 1984, 1992, 2003b). Interessam especialmente as relações de poder relacionadas com o saber e com a disciplina, presentes na cultura contemporânea (Machado, 1992) e que, como tal, dão o suporte adequado à estruturação da problemática em causa.

Os aspectos de manifestações de poder iniciam-se, de acordo com a terminologia utilizada pelos profissionais de saúde, com o “catalogar” dos doentes, fase em que são evidenciadas as diferenças de poder entre os três grupos de intervenientes, sendo clara a existência de maior poder por parte dos profissionais. É aceite que o doente é receptáculo do saber/poder dos profissionais e que deve seguir as suas recomendações, sendo no entanto reconhecida a apropriação do discurso médico por parte dos doentes. Os enfermeiros encontram-se associados a um poder disciplinar que é complementado com a vigilância sobre o corpo do doente, através da sua monitorização.

Num primeiro momento, os médicos recorrem ao poder associado ao seu saber, considerando-se as pessoas melhor posicionadas para resolver todos os problemas do doente. Os profissionais de saúde servem-se ainda dos familiares como extensão do seu poder no seio familiar, sendo o processo informativo um meio de aculturação, usando e abusando muitas vezes de estratégias de persuasão, ao invés de ajudar à autodeterminação dos doentes.

Contudo, este relacionamento assemelha-se mais a um conluio entre profissionais e doentes do que a estratégias de dominação, em que o poder pode ser considerado produtivo.

Como aspecto a salientar, destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde estarem conscientes da utilização do seu poder, de modo a questionarem até onde devem usar esse poder e em que circunstâncias, tendo em consideração o direito à autodeterminação do doente. Conscientes de que a prestação de cuidados de saúde não se rege pelas mesmas regras da prestação de serviços noutras áreas, há que realçar que os profissionais de saúde são também cidadãos com códigos de ética a cumprir, o que nem sempre torna fácil a tarefa de decidir os limites do poder do profissional e do doente.

O que não deve continuar a acontecer é o uso quase exclusivo do princípio da beneficência como orientador da acção dos profissionais de saúde, escamoteando ou ignorando a existência de poder no relacionamento na prestação de cuidados.

Palavras-chave: doente, enfermeiro, medico, poder, empoderamento, relacionamento.

The present article aims at presenting an analysis on the presence of power in the relation between the health care professionals and the patients of a nephrology service.

For this purpose, the conceptions regarding the categories and sub categories, already defined in the ongoing doctoral thesis (of the article's author) of dedicated to the study of this relation, were used as the focus of the present study. This study adopted, as starting point, the growing importance of the bioétic principle of autonomy and (Beauchamp & Childress, 2002), and patients right to self-determination included in Patients' Rights Charter.

The study upon which this analysis is based, ongoing work of a doctoral thesis, has as central research question, to define which is the relational dynamic between health care professionals and patients that best adequate to Health Care Quality Management and, at the same time, to the clinical and sociological reality.

In the context of this analysis, the fenomenográfico methodology, in line with qualitative methodologies, was adopted for being considered the most adequate to the study of phenomena in which the aim is to identify the diversity of existing conceptions on those phenomena. As the methodology defends that the phenomena should be better understood if the several intervenient perspectives are taken into consideration, the most important intervenient in the health care providing process, doctors, nurses and patients were used as informants. According to this principle, 12 patients, 5 doctors and 10 nurses of a nephrology service, where substitution therapies of the renal function are performed, were interviewed. According to the results the diversity of existing conceptions in each group, as well as between the different groups were mapped.

Conceptually, this analysis was based on Foucault ideas, namely on the study of the institutions where these relations of power are verified, including in these hospitals. The relations of power related to Knowledge and discipline are especially interesting, due to their presence in the contemporaneous culture (Machado, 1992) as giving the adequate support to structure the problematic under study.

The power manifestations aspects are initiated, according to the health care professionals' terminology, with the "Catalogue" of the patients'. In this phase the differences of power between the three intervenient groups are evidenced, being also clear the existence of more power on the professional's side. It is known and accepted that the patient is the knowledge/power receptacle of the professionals and that he must follow their recommendations, being also recognized the patient's appropriation of the medical speech. The nurses are associated to a disciplinary power that is complemented with the surveillance and monitor of the patient's body.

In an initial moment, the doctors explore the power associated to their knowledge, considering themselves as the ideal people to solve all of the patient's problems. The health care professionals also explore and extend their powers in the family environment, being the informative process a veneration mean, using and sometimes abusing in persuasion strategies, instead of helping the patient self-determination.

Nevertheless, this relation resembles more to a collusion situation between professionals and patients than to domination strategies, in which the power may be considered productive.

At this point we must highlight the health care professionals conscientiousness regarding their power's utilization, to a point where they must question until where should they use that power and under which circumstances, bearing in mind the patient's right to self-determination. Conscientious that the health care providing service is not lined by the same rules used in other services providing areas, it should be underlined that the health care professionals are also citizens with an ethic code to attend, what not always facilitates the need to distinguish the professional's and the patient's power decision boundaries.

What should not happen anymore is the almost exclusive use of the beneficence principle as orienting the health care professionals' action, under covering or ignoring the power existing in the relation during health care practice.

Keywords: Patient, nurse, physician, power, empowerment e relationship.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objectivo tornar explicitas as relações de poder existentes entre profissionais de saúde e doentes, num serviço de nefrologia. Esta análise foi realizada a partir dos resultados de um trabalho de investigação, dedicado à temática do relacionamento, em que se procura descobrir a dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes em situação de doença crónica (doentes com insuficiência renal, que fazem diálise renal). A pesquisa tem em conta que, neste momento, está posto em causa o princípio da beneficência como o único orientador do relacionamento em prol da primazia do princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2002), e também suportado pelas ideias da Carta dos Direitos dos Doentes do Ministério da Saúde, divulgada em 1999, que assume alguns objectivos, dos quais se destacam: consagrar o primado do cidadão; estabelecer o direito à autodeterminação; e estimular uma participação mais activa por parte do doente, numa clara definição do que deve ser o papel da pessoa doente.

O estudo de base, procura descobrir as concepções de relacionamento que os informantes tinham sobre a forma como vivenciavam a relação. Para tal, foram ouvidos os três principais grupos intervenientes no processo de cuidados: Os doentes, doze, os médicos, cinco, e os enfermeiros, dez, (de um serviço de nefrologia, onde se realizam terapias de substituição da função renal). Nos dados assim recolhidos, procurou-se cartografar a diversidade de concepções existentes tanto dentro de cada um dos grupos como entre os próprios grupos.

Trata-se de uma investigação com metodologia de natureza qualitativa denominada fenomenografia que se adequa a estudar os fenómenos em que se procura descobrir a sua diversidade, que será melhor compreendida se utilizar a perspectiva dos vários intervenientes.

Como linha orientadora da estruturação do tratamento dos dados, esteve sempre subjacente a ideia de poder no relacionamento, nomeadamente de que forma era concebido por cada um dos grupos. Como suporte conceptual utilizou-se o trabalho de Foucault, concretamente nos seus estudos sobre a realidade dentro de instituições onde existem relações de poder, nas quais se incluem as instituições hospitalares (Foucault, 1984; 1992; 2003). O pensamento de Foucault, no que diz respeito à análise do poder, tem sido particularmente útil na compreensão das funções da profissão médica, localizando as funções históricas da clínica como um local de bio-power (Turner, 1997), por se terem deslocado para o Hospital as questões dos poderes dominantes no campo da saúde, concretizadas no poder de decisão dos profissionais de saúde (Carapinheiro, 1993).

Para Foucault “não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogéneas, em constante transformação. O poder não é um objecto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (Foucault cit. por Machado, 1992, p.11). De facto, o que existe são práticas ou relações de poder, pelo que a luta contra este não pode ser feita de fora, terá que ser feita de dentro da rede, numa concepção não jurídica do poder. A concepção de poder de Foucault, implica a existência de formas de seu exercício, diferentes do Estado, indispensáveis, quando se actua ao nível micro da sociedade e que usam técnicas de dominação (Foucault, 1992), “poder este que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos - o seu corpo- e que se situa ao nível do próprio corpo social e não acima dele, penetrando na vida quotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micro-poder” (Machado, 1992, p.XII).

Um aspecto importante do trabalho de Foucault é a relação do poder com o conhecimento: “power and knowledge were always inevitably and inextricably interconnected, so that any extension of power, involved an increase in knowledge, and every elaboration of knowledge involved an increase in power” (Turner, 1997, p. 23), para quem a verdade não existe fora do poder: “a verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder” (Foucault, 1992, p. 12). Neste sentido, a verdade está ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, bem como a seus efeitos, que ela induz, reproduzindo-a, da mesma forma que o discurso científico e as instituições que o produzem estão ligados a aos mesmos sistemas (Foucault, 1992). Assim, todo o saber tem origem em relações de poder, em que este e o saber se implicam mutuamente, podendo afirmar-se que não há poder sem formação de saber, assim como todo o saber dá origem a relações de poder, originando que o Hospital não seja somente um local de cura, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber (Machado, 1992; Foucault, 2003).

Neste contexto o discurso da Medicina, no mundo de hoje, define o papel dos profissionais curadores e do doente, que diz respeito à aplicação e recepção das tecnologias de cura, apoiadas

pela dominância do conhecimento científico, que é aceite mesmo pelos mais desprovidos de poder (Gubrium & Holstein, 2003). Nas instituições de saúde existe também um poder disciplinar, que actua com ferramentas simples, e que são: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame (Foucault, 1984).

Utilizando a perspectiva de Foucault (1984, 1992), a unidade de cuidados de nefrologia pode ser conceptualizada como um contexto social especializado, constituído por vários discursos interrelacionados (Lupton, 1997). Em primeiro lugar, vem o discurso dominante dos profissionais, mas também outros, entre os quais o discurso do doente, que é uma resposta ao discurso profissional (Polaschek, 2003). O discurso dominante, que é expresso em diagnóstico e em actividades terapêuticas, é um exemplo de discurso médico contemporâneo sobre o corpo (Cheek & Rudge, 1994).

O mérito da proposta de Foucault na opinião de Cheek & Rudge (1994) concentra-se na exploração dos efeitos do poder e na forma como este opera, não assumindo que o progresso é sinónimo de libertação.

A concentração nos efeitos do poder, e não nas pessoas que o detêm, oferece a possibilidade de ver aspectos da enfermagem e da prática de cuidados de saúde de formas diferentes. Pois, para Cheek & Rudge, (1994) é ingénuo pensar em conseguir uma situação livre de poder na prestação de cuidados de saúde, o que implica que os enfermeiros trabalhem com poder e não contra ele “recognizing that they themselves are part of a present in which the task is not to overcome powerful others but to use understanding of the operation and effects of power to further nursing” (Cheek & Rudge, 1994, p. 114).

Nesta investigação vai procurar-se tornar evidente o poder implícito no relacionamento, por parte de cada um dos grupos de informantes, tal como encontrado nas temáticas base do estudo que foram: o contexto das práticas de cuidados e os papéis dos informantes. Cada uma destas temáticas subdividem-se em dimensões, categorias e subcategorias, (a qualquer um destes níveis pode-se genericamente designar de Concepção, de acordo com a metodologia fenomenográfica) nas quais se vai procurar inferir o poder subjacente ou implícito. No tratamento de dados, as categorizações seguem uma lógica em que se procura definir uma graduação da utilização do poder, tendo sempre em perspectiva, um contínuo de possibilidades da sua utilização, em que num extremo se encontra o poder do doente e no outro o poder do profissional.

PODER NAS DIMENSÕES DO CONTEXTO

Como primeiro aspecto em que se encontraram manifestações de poder foi na classificação dos doentes em vários tipos, tal como no quadro nº1.

Quadro1 - Subcategorias dos doentes que fazem diálise, relativamente à sua relação com o conhecimento/informação e à adesão ao regime terapêutico

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SIGNIFICADO
Relação dos doentes com o conhecimento/informação	♦ O doente intelectual da diálise →	Doente chato; indesejável
	♦ O doente que quer saber tudo acerca da sua situação →	Doente conhecedor da sua situação
	♦ O doente que não quer saber tudo acerca da sua situação →	Direito a não saber
Adesão dos doentes ao regime terapêutico	♦ O doente cumpridor →	Doente bom /que dá gosto
	♦ O doente não cumpridor →	Doente que é muito desgastante

Desta classificação sobressai em primeiro lugar a designação de “doentes intelectuais da diálise”, assumida por parte dos médicos, onde se pode ler uma não aceitação do questionamento

do saber dominante que suporta as decisões terapêuticas, por representar um desafio ao poder/ saber médico, que não reconhece ao doente a capacidade nem os conhecimentos para discutir a terapêutica em pé de igualdade. A subcategoria designada “o doente que quer saber tudo acerca da sua situação”, é definida no sentido do doente dever saber o que necessita para melhor cumprir e aceitar as recomendações considerados desejáveis pelos profissionais, numa perspectiva de serem autónomos em termos de auto-cuidado e não de dominarem um conhecimento que lhes permita interferir com o saber dominante. Esta é a única concepção assumida pelos doentes, podendo-se inferir que os doentes preferem ser completamente informados. Todas as restantes subcategorias, são construções dos profissionais. A subcategoria, “o doente que nada quer saber” e aceita tudo pacificamente, é o tipo de doente que é respeitado, pelos profissionais pois vêem-no como um repositório pacífico tanto da disciplina como dos saberes dos profissionais, traduzindo-se em “corpos dóceis”. Sendo esta subcategoria somente referida por profissionais, pode-se especular sobre quais as causas subjacentes a esta aparente passividade dos doentes percebida pelos profissionais.

A divisão dos doentes em “doente cumpridor” e “doente não cumpridor”, tem subjacente uma ideia de poder por parte dos profissionais, como possuidores do saber relativo ao certo e ao errado, em que o doente deve cumprir o que lhe é recomendado. Aqui está subjacente a ideia de que só o cumprimento das regras e o respeito pelos saberes inerentes, permite ao doente andar bem, proporcionando alegria aos profissionais. Enquanto que a ideia de transgressão da disciplina e desrespeito pelo saber, por parte dos doentes catalogados de não cumpridores é considerada desgastante, numa ideia clara de desgasto pelas manifestações de poder do doente (o não cumprir é uma manifestação de poder do doente que decide por si o que deve fazer), levando os profissionais a continuar com as estratégias de persuasão do doente no sentido deste aderir aos comportamentos considerados correctos. Esta divisão foi também encontrada por Gândara (1994), ligada ao paternalismo e que designou de “doente colaborador e não colaborador,” relacionada com a aceitação ou não aceitação da decisão do enfermeiro. Esta dicotomia também é alheia aos doentes que, mais adiante, quando se aborda as regras do papel dos doentes, se vêm a si próprios como colaboradores e nunca como não cumpridores.

Com segundo aspecto salientam-se algumas categorizações referentes à organização e funcionamento do serviço. Neste enquadramento salientam-se: a) a classificação da “acessibilidade exagerada”, assumida somente pelos profissionais, parece ter subjacente a ideia de algum poder do doente, que é mal aceite por alguns profissionais, pois o facto de o doente entrar facilmente no seu espaço, colide com algumas normas de serviço, que são maioritariamente da responsabilidade dos enfermeiros e com os direitos dos profissionais a governarem disciplinarmente o serviço, que consideram seu; b) a preocupação com a “assiduidade” do doente, tem inerente a atenção para com a sua saúde e bem-estar apontando para uma relação baseada no princípio da beneficência. No entanto, a preocupação com a “pontualidade” aponta para uma questão da ordem disciplinar de incumprimento de regras estabelecidas, que altera o normal funcionamento do serviço, sendo os doentes recriminados quando isso acontece; c) a organização do trabalho por parte dos profissionais numa base de “relação individual”, tal como funciona neste serviço, de forma predominantemente informal, tem implícito o poder do doente que escolhe quem mais gosta para ter um relacionamento mais profundo ou resolver problemas; d) na organização do trabalho dos profissionais numa forma de “relação colectiva”, tem subjacente a atribuição de um saber pericial a todos os profissionais do serviço por igual, retirando justificação para a escolha do doente, pois todos sabem o que devem fazer. Parece atribuir-se o poder e o saber à instituição/serviço, que no caso da enfermagem está centralizado na enfermeira chefe; e) a possibilidade de “o doente escolher o horário de tratamento” e dos dias de tratamento, pode ser visto como uma forma de poder do doente que lhe é dada pelos profissionais para lhes permitir fazerem a vida com o mínimo de condicionalismos possível, o que é considerado de empoderamento logístico do doente. (Saltman, 1992).

Como terceiro aspecto, referem-se as questões de poder que emergiram de forma explícita entre os grupos de informantes, (doentes, médicos e enfermeiros) tendo sido constituídas como concepções. É reconhecido por todos os grupos que “todas as decisões terapêuticas passam pelo médico”, o que é um reconhecimento explícito do predomínio do poder médico enquanto poder/saber, e que os próprios reclamam para si. Mesmo havendo “confiança do médico no enfermeiro que lhe permite tomar decisões”, esta possibilidade é estendida somente aos enfermeiros considerados pelo médico como mais experientes. Mesmo assim, estas decisões têm regra geral um carácter provisório,

pois os enfermeiros devem logo que possível informar o médico da decisão tomada. Isto revela, que esta prática representa uma delegação de poder dos médicos nos enfermeiros em determinadas condições, somente naqueles considerados detentores de saber, mas em que os médicos avocam a si sistematicamente as decisões tomadas, mantendo um controle permanente. Não se pode esquecer que os enfermeiros prestam cuidados em grande parte decididos pelos médicos (May, 1990).

Mas a esta diferenciação entre grupos profissionais junta-se uma concepção que coloca os profissionais como um todo, pois de forma clara “o poder é dos profissionais”, em oposição aos doentes que o não têm, sendo assumido que a gestão da sessão de diálise é feita pelos enfermeiros e médicos a quem os doentes têm de obedecer nos aspectos operacionais e tecnológicos. Este poder estende-se à própria gestão do convívio, ou seja a relação interpessoal. Isto corresponde ao que Berwick (1998), designa de a “Grande Muralha” entre doentes e médicos, já que o doente é instruído pelos profissionais, embora possa saber mais que eles e caso não adira às prescrições é classificado de irrealista ou não aderente, criando a dependência na sua forma mais agressiva. A esta consequência Berwick (1998), chama o “Grande Engano”, já que os profissionais são convidados na vida dos doentes e as regras que devem ser respeitadas são as deles, doentes e não as dos profissionais.

O maior poder atribuído aos médicos também advém do seu afastamento dos doentes, levando a que “os doentes revelam maior reverência para com os médicos que para com os enfermeiros”, sendo o afastamento considerado uma forma de mostrar o poder (Lupton, 2003).

Como quarto aspecto referem-se os ligados à estrutura do relacionamento, em que “os doentes confiam nos profissionais”, o que tem como explicação, a atribuição de competência aos profissionais que com o seu saber ajudam efectivamente os doentes e resolvem os seus problemas. Também revela uma crença no valor da informação e do conhecimento de que os profissionais são detentores, correspondendo a uma aceitação do poder/saber dominante. O facto dos “profissionais assumirem o doente na totalidade”, traduz-se num “processo concertado de extensão das competências do pessoal médico a todos os domínios da vida hospitalar adjacentes às áreas consagradas do seu exercício profissional” (Carapineiro, 1993) o que lhes aumenta o poder de pessoas de recurso.

Contrariamente ao afastamento médico, a aproximação com os enfermeiros leva a que os doentes “conheçam bem os enfermeiros”, a sua forma de ser e de trabalhar, o que lhes dá algum poder na relação, pois sabendo até onde podem ir têm algum controle na interacção. Contudo, não é aceite pelos enfermeiros que os doentes refiram conhecer bem a sua forma de trabalhar, pois não lhes reconhecem o conhecimento para se poderem pronunciar sobre esses aspectos, pois não lhes reconhecem o saber necessário, para tal, numa invocação clara do poder/saber como direito exclusivo dos profissionais.

O PODER NOS PAPEIS DOS INFORMANTES, NO ENVOLVIMENTO DOS FAMILIARES, NA INFORMAÇÃO E NA PERSUAÇÃO

É assumido que existe poder no relacionamento entre profissionais e doentes. No entanto, Benner, (2001), não encontrou o que se designa por jogos de poder, mas verificou que os enfermeiros também o detêm, embora estejam na base da escala hierárquica hospitalar, em termos do que se considera o poder masculino com a competição a dominação e o controle. Mas os enfermeiros, têm poder pela possibilidade que têm de se adaptarem ao sistema e contorna-lo, e pela capacidade de analisar e de tomar iniciativas, implicando-se genuinamente nos cuidados aos seus doentes. (Benner, 2001).

Nestas dimensões da relação, abordam-se as concepções encontradas nos papéis dos informantes, a começar pelo papel do doente, seguindo-se o papel do enfermeiro, o papel do médico, o envolvimento do doente, finalizando-se com as concepções relativas à informação e persuasão.

Na dimensão sobre os papéis dos informantes, a iniciar no papel do doente, a concepção de que o doente deve “seguir o regime terapêutico”, tem implícito que existe um saber que deve ser respeitado e uma disciplina a cumprir pelo doente no ritual da sessão, em que se colocam ao dispor do enfermeiro, sendo esta a postura dominante de médicos e doentes, o que revela a importância de seguir o regime terapêutico prescrito. O facto dos doentes se posicionarem nesta concepção parece revelar uma apropriação do discurso médico por parte dos doentes, já que mesmo a autonomia de execução se baseia na apropriação por parte dos doentes do saber veiculado pelos profissionais e que o doente pode tomar decisões dentro de determinados limites, colocados pelos profissionais. Esta apropriação do discurso médico também foi encontrada por Cheek e Rudge, (1994) e por Lupton

(1997, 2003), e ocorre porque estes doentes estão socializados a este contexto especializado. O poder de decisão do doente traduzido na concepção de que “fora do hospital o doente é o principal responsável”, revela que este é exercido em maior grau nas decisões sobre o regime alimentar e outros comportamentos que têm fora do hospital, em que a fonte de saber advém da experiência de cada um, a qual permite aos doentes decidirem o que consideram o melhor para si. Como regra de actuação predomina a concepção “ser um bom doente”, equivalente ao doente cumpridor, em que os doentes correspondem ao que os profissionais esperam deles, revelando uma atitude de cooperação e não de confronto, cooperando tanto com o poder/saber como com o poder disciplinar, numa perspectiva que poderemos designar de produtiva do poder que permite que os tratamentos ocorram de acordo com o planeado.

No papel do enfermeiro estão alguns pressupostos ligados ao poder, que são ocultados pela ideologia do cuidar (Polaschek, 2003), pois os enfermeiros têm uma posição de dominação com os doentes e uma dependência dos médicos, (Basto, 1998; May, 1990). Este poder traduz-se na concepção sobre “fazer o acolhimento”, em que se considera muito importante introduzir a pessoa num mundo com muitas regras a cumprir, que as pessoas devem conhecer para se saberem gerir. As concepções “diagnosticar problemas” e “detectar situações e encaminhar para outros técnicos”, implicam uma vigilância sobre o corpo e sobre a pessoa no sentido do que Foucault (1984) designou como estratégias de poder, próximas do exame clínico médico. Esta vigilância não se limita aos sinais físicos mas inclui também os aspectos psico-sociais. Na responsabilidade dos enfermeiros de “garantirem um bom tratamento”, bem como na de “informarem”, está patente a existência de um saber próprio que os torna responsáveis pelo seu uso, e somente é transgredido se os enfermeiros aceitarem, pois é importante respeitar o saber veiculado como o caminho único para que o doente ande equilibrado. Contudo é, no “garantir um bom tratamento” que os doentes reconhecem maior poder aos enfermeiros, onde o seu saber não é questionado até porque os doentes afirmam que todos os profissionais enfermeiros são muito competentes.

Também nas regras de actuação dos enfermeiros, está implícita a importância do uso do poder, nomeadamente na concepção “ser justo”, onde assumem ter algum papel na distribuição dos recursos, numa perspectiva de justiça distributiva. Contudo, para poderem sentir-se com o poder inerente à profissão, têm de “ser competentes a nível técnico”, o que significa que é o saber que lhes permite utilizar o poder.

Ao cuidar, os enfermeiros apelam aos poderes da enfermagem sob varias formas identificadas por Benner, (2001) como: o poder de transformar; o cuidar na reintegração; a advocacia; a relação terapêutica no âmbito da recuperação, cura e promoção da saúde; o poder de participação/afirmação e o de resolução de problemas. Estes têm relação com alguns aspectos encontrados no papel do enfermeiro, nomeadamente: o poder de transformar e o cuidar na reintegração, que têm pontos comuns com o “apoiar, orientar e ajudar a aceitação”; o poder de advocacia, tem pontos similares com o “advogar em defesa do doente” e o ser “intermediário entre o doente e médico”, como o papel de mediador que tem acesso fácil a quem pode resolver os seus problemas, fazendo assim parte da solução dos problemas; o poder da relação terapêutica no âmbito da recuperação, cura e promoção da saúde, tem aspectos comuns com o “ter disponibilidade para o doente” e “estar atento ao estado do doente, suas necessidades e solicitações”, nomeadamente, estimulando o doente a falar dos seus problemas e certificando-se que andam equilibrados; o poder de participação/afirmação que revela o investimento afectivo caracterizado pela grande proximidade já abordada no contexto, que de acordo com Benner (2001), a partilha afectiva torna as enfermeiras mais fortes e seguras de si e por último, o poder de resolução de problemas, partilhado pelos médicos, visto ser uma característica do serviço tratarem de todos os problemas do doente, mas também com o detectar situações e encaminhamento para outros técnicos tudo o que não está ao seu alcance.

Os enfermeiros valorizam especialmente o proporcionar “o bom decorrer do tratamento”, pois é onde aplicam o seu conhecimento no domínio da máquina e da sintomatologia do doente, num domínio do que acontece ao corpo da pessoa, pois a monitorização é uma das estratégias centrais do poder disciplinar (Tereso, 2005), sendo este aspecto igualmente reconhecido pelos doentes.

A existência de poder no papel do médico está patente na sua responsabilidade por “manterem os doentes bem tratados”, assumindo-se como os principais responsáveis, a quem cabe tomar as decisões terapêuticas, o que é corroborado pelos doentes, conforme já verificado no contexto. Nesta responsabilidade, assumem aspectos de “Deus Criador” segundo Schmitt, (2004), que se traduzem

no acto de diagnosticar e nomear a doença. Neste contexto o declarar a pessoa com aquela doença reduz o homem, a doente, que o medico sabe curar, porque foi isso que o medico aprendeu, representando um duplo processo de desumanização, o do doente, reduzido a doença e o do médico, reduzido à sua essência que está no campo estritamente profissional do diagnóstico e no cuidado, que representa a sua identidade e a sua missão médica, que nunca foi posta em causa para e a qual dispõe da tecnologia como aliado poderoso. Neste sentido, são detentores dos saberes existentes, a que os doentes dizem obedecer e os enfermeiros têm de respeitar enquanto prescrições, pois o poder médico reflecte-se na preocupação dos enfermeiros em cumprir as ordens médicas, revelando que a prestação de cuidados anda muito à volta do médico e do que ele representa (Basto, 1998). Também está patente o poder do médico em “providenciar a solução de todos os problemas que não podem resolver”, agindo como intermediários entre si e as outras especialidades, bem como com outras instituições actuando em benefício do doente. Também têm a responsabilidade de “aconselhar e informar”, utilizando o seu saber como justificação. A actuação do médico ao “advogar em prol do doente” supõe a existência de uma hierarquização em que os médicos estão em posição de agirem em prol do doente junto de outros médicos ou outras entidades, sendo esta actuação congruente com o princípio da beneficência e com a obrigação moral de agir em benefício dos outros, ajudando as pessoas, promovendo seus interesses legítimos e importantes, incluindo que os fortes devem proteger os fracos e vulneráveis (Beauchamp & Childress, 2002).

O controlo do estado do doente através da “vigilância médica feita com base em valores analíticos”, pode revelar a primazia dada aos dados bioquímicos e ditos objectivos no relacionamento com o doente, sendo os exames complementares uma das ferramentas que estendem o poder do médico, já que o controlo das análises e o exame médico é uma das estratégias de controlo sobre o corpo (Foucault, 1992) e foi encontrada também por Tereso (2005) no caso das parturientes.

Na dimensão envolvimento da família, cabe ao profissional tomar essa decisão, o que é feito com diferentes objectivos: Pode decidir envolver a família “no ensino para apoio ao doente” transmitindo-lhes saber, ou envolvê-los para agirem coercivamente sobre o doente “no controlo do regime terapêutico”, funcionando assim os familiares como extensão do poder/saber e do poder disciplinar dos profissionais.

O processo informativo permite passar a mensagem do saber dominante, de forma a aculturar os doentes. Contudo ao “informar disponibilizando toda a informação” ao doente, estão a dotá-lo dos instrumentos necessários para se saberem gerir e do qual o doente se apropria possibilitando a sua responsabilização. Esta, nunca inclui forçosamente a possibilidade do doente discutir a prescrição medicamentosa, que é da responsabilidade exclusiva dos médicos. Nos objectivos da informação está implícito que os profissionais estão conscientes de estarem a dar poder ao doente, para este ser parte consciente e activa no seu tratamento, mas em que predomina a ideia do doente aderir às recomendações por ter sido esclarecido com base no saber que lhe foi facultado, pretendendo-se acima de tudo que eles façam um bom uso do saber, numa perspectiva que Tereso (2005) classifica como de implicando a obediência e submissão das pessoas cuidadas, como forma de manipular os comportamentos ao impor a lógica de intervenção periciais, isto é, orientadas para a adesão, enfatizando a eminência do risco para a sua vida caso não cumpram. Esta vertente verifica-se nas concepções sobre o informar “para conhecimento da situação; para a adesão e alertar para os riscos da não adesão e para a autonomia de execução”, sendo todas elas assumidas pelos enfermeiros, mas os doentes reconhecem especialmente os últimos dois. Mesmo a informação “para a autonomia de decisão”, é limitada a algumas grandes decisões em que se procura que o doente entenda as implicações para a sua vida, de cada uma das opções terapêuticas, mas somente aos doentes considerados preparados para tal. Este processo informativo tem assim o efeito de por um lado criar dependência e por outro de criar independência, permitindo aos doentes tornarem-se críticos e vigilantes em relação aos profissionais e ao funcionamento dos aparelhos, tal como encontrado por Tereso (2005).

O uso da persuasão é uma prática marcante do uso do poder pelos profissionais, que procuram influenciar o doente para que ele adopte o comportamento desejado, num sentido claro e único, que é o do saber científico. Este direito de persuadir é reconhecido como legitimo pelos próprios doentes, mas o facto de alguns profissionais “nunca desistirem de persuadir”, mesmo perante a tomada de consciência dos doentes da sua situação, revela uma recusa da aceitação das opções conscientes dos doentes se estas forem contrárias ao saber dominante. Como diz Goffman (1999) a persuasão

está ligada às funções da instituição hospital enquanto instituição totalitária que procura corrigir os comportamentos errados, o que pode ocorrer nos modelos holísticos ao assumirem que doentes e enfermeiros trabalham em parceria e que ambos partilham os mesmos interesses e preocupações. Esta postura contraria o espírito da pareceria e do respeito pelos doentes, por assumirem que as posições que os doentes tomam (consideradas erradas pelos profissionais) são baseadas na falta de conhecimento. Esta posição de persuasão permanente, é uma posição que não está muito distante da posição dos médicos ao assumirem que eles sabem mais que os doentes (Reed e Ground, 1997).

APRECIÇÃO GERAL DO PODER NO RELACIONAMENTO

Numa apreciação genérica, parece que o relacionamento é melhor compreendido utilizando uma abordagem pós-estruturalista e pós-moderna do poder, caracterizada por doentes e profissionais entrarem em conluio para resolver o problema de saúde, em que o poder se exerce, pela vigilância do corpo através das análises e da observação do estado do doente. Embora os profissionais tenham persuadir o doente a aderir às terapêuticas e o encorajem a tomar a responsabilidade pelo seu comportamento, tal ocorre sem haver mecanismos explícitos de coerção ou dominação (Foucault, 2003; Lupton, 2003), sendo mais uma organização social em que a conformidade é obtida de forma voluntária e o poder é considerado não repressivo mas produtivo, produzindo conhecimento, levando a alguma similitude entre a perspectiva funcionalista do poder e a perspectiva de Foucault. A disciplina é obtida não por punição mas por gratificações e recompensas por boa conduta, em que a importância do conhecimento e dos procedimentos médicos, se estende a procedimentos invasivos, às análises e a toda a monitorização inerente à diálise, aceites pelos doentes como sendo no seu melhor interesse, dando os seus corpos voluntariamente para as actividades médicas e de enfermagem, pois corresponde à forma como as pessoas estão socializadas. Assim neste contexto, as relações de poder são negociadas e renegociadas constantemente nas interacções com os profissionais conforme as necessidades e a definição das identidades dos participantes (Lupton, 2003).

Esta dinâmica inclui a possibilidade de resistência ao poder dos peritos (médicos e enfermeiros), onde o doente opta por não seguir as ordens ou orientações dos profissionais, quando estão em casa e se consideram eles próprios competentes pela sua experiência, adoptando mais uma abordagem de autodeterminação.

Mas na sua essência, é legítimo colocar a questão do papel do saber pericial dos profissionais de saúde e até onde devem ir os saberes inerentes às necessidades de autodeterminação dos doentes e sua função, que justifique as necessidades das pessoas procurarem o conselho médico ou de enfermagem? Porque recorreriam aos profissionais se não lhe reconhecessem o papel de peritos? Reconhecendo-se que sendo um saber complexo, as tentativas de tornar o doente tão conhecedor como o médico simplesmente vai contra a finalidade da medicina, (Lupton, 2003) em que ninguém ganharia com o facto das pessoas leigas serem quase forçadas a adquirirem conhecimentos médicos para si, aceitando-se que o poder médico é necessário para satisfazer as necessidades e as expectativas tanto do médico como do doente. Nesta perspectiva tanto médicos como outros profissionais de saúde devem assumir-se como peritos, dando directrizes sobre a forma de os doentes se comportarem, aconselhando-os sobre o que devem fazer para resolver os seus problemas de saúde, pois, simplesmente podem não saber como se comportar ou o que devem fazer. Tem sentido os profissionais não aceitarem discutir o que é a essência da sua profissão, as prescrições terapêuticas, mas também faz sentido os profissionais aceitarem a individualidade de cada doente e validarem as suas experiências e aquilo que lhes faz sentirem-se bem para dar sentido à vida, mesmo que não corresponda exactamente ao saber dominante. Será útil que os profissionais tenham alguma flexibilidade ao integrar os saberes dos doentes mesmo que não estejam a apoiar as melhores práticas, mas simplesmente as práticas menos más, dentre aquelas que fazem a conjugação de saberes, não sendo explicitamente uma prática errada como é ilustrado nesta citação de um informante médico "Com certeza, e a razoabilidade do pedido, porque basicamente é; sim se eu não estiver a fazer mal ao doente, ou pelo menos se eu não estiver a fazer muito mal ao doente, já é fazer uma coisinha que não é tão boa como se vê".

A lógica encontrada no processo informativo, que deve ser mais intenso no início da doença, assim como a persuasão, seguindo a lógica da postura do profissional, o qual na fase de choque em que a doença se encontra ainda desorganizada, deve funcionar mais como suporte, aceitando a

dependência do doente. À medida que a doença se torna crónica e adquire uma forma organizada, deve ser pedida a colaboração do doente para se adquirir um compromisso aceitável entre as exigências da doença e os seus hábitos de vida, com o objectivo de lhe atribuir o papel de árbitro desse compromisso, o que é defendida por Balint, (1998). Contudo o mesmo autor admite nem todas as pessoas estarem preparadas para isso, não tendo maturidade para tal, cabendo aos profissionais decidir quando é que o doente pode adoptar uma atitude mais dependente, ou pelo contrário saber quando é que as pessoas estão preparadas para assumir mais responsabilidades, ou seja, estão competentes para tal, tanto a nível cognitivo como emocional. A verdadeira questão está em saber qual é o grau de dependência aceitável, para ser bom ponto de partida para uma terapia com êxito e em que altura é que esta, se transformará em obstáculo (Balint, 1998), e será altura de passar a outro grau de menor dependência.

A vigilância geral a que estão sujeitos estes doentes, quer enquanto estão na sessão de diálise, sempre em presença dos enfermeiros, numa sala toda vidrada, permitindo a visibilidade permanente a quem passa, da parte dos profissionais e até de outros doentes e visitas; quer pela vigilância feita através das análises e dos valores vitais, peso e outra sintomatologia, em que os enfermeiros dizem, que nada lhes escapa, pois os abusos reflectem-se sempre na situação do doente, faz lembrar a ideia de panóptico de Foucault, o que está em desarmonia com muito do que a moderna enfermagem e os cuidados médicos, pretendem ser (Cheek e Rudge, 1994). Contudo o indivíduo não é visto como um ser passivo, mas sim participante na sua opressão e uma pessoa que pela apropriação do discurso dominante através das "práticas do self" participa do seu próprio controle numa perspectiva produtiva, resultante em equilíbrio e bem estar. Das ideias de Foucault sobressai a ideia da possibilidade de mudança pela resistência ao poder, que não é no todo mas em parte, pois os doentes desobedecem obedecendo, respeitando o essencial e fazendo as adaptações que a sua experiência lhes aconselha, mesmo sem o consentimento médico. Para a profissão de enfermagem o que esta análise permite é o questionamento reflexivo das bases do poder, e dos discursos que os suportam e que são permanentemente reescritos de forma a reenquadrar a estrutura discursiva dos cuidados de saúde e da prática de enfermagem (Cheek e Rudge, 1994), mesmo perante novas correntes e novos paradigmas.

Estes dados levantam questões sobre o uso do poder no relacionamento, por parte dos profissionais de saúde, que devem continuar a ser colocadas, já que de todo não existem respostas definitivas, mas exigem que os enfermeiros continuem a questionar as suas concepções e as suas práticas. Essas questões são as ideias dos doentes e dos profissionais acerca das práticas de saúde em que intervêm, as diferenças de conhecimento, as diferenças de poder entre enfermeiros e doentes, os limites dos cuidados e os direitos dos doentes entre outros (Reed e Ground, 1997), que não podem ser ignoradas pelos prestadores de cuidados pois são cidadãos que cuidam de cidadãos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALINT, M. - *O médico, o seu doente e a doença*. Lisboa: Climepsi, 1998.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. - *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola. (2002).
- BENNER, P. - *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- BASTO, M. - *Da intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Porto: Rei dos Livros, 1998.
- BERWICK, D. M - Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 10 :5 (1998) 435-441.
- CARAPINHEIRO, G. - *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento, 1993.
- CHEEK, J.; RUDGE, T. - The panopticon re-visited?: An exploration of the social and political dimensions of contemporary health care and nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 31:6 (1994) 583-591.
- FOUCAULT, M. - *Vigiar e punir: História da violência nas prisões*. 3ª Ed, Petrópolis: Editora Vozes, 1984.
- FOUCAULT, M. - *Microfísica do poder*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992.

- FOUCAULT, M. - *Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- GÂNDARA, M. - *O poder na relação enfermeiro-utente. (sn)*. Dissertação de mestrado não publicada apresentada à Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. 1994.
- GOFFMAN, E. - *Os momentos e os seus homens*. Lisboa: Antropos, 1999.
- GUBRIUM, J.; HOLSTEIN, J. - Analyzing interpretative practice. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *Strategies of qualitative inquiry* Thousand Oaks, California: Sage Publications. (2003) 214-248.
- LUPTON, D. - Foucault and the medicalization critique. In A. Peterson & R. Bunton, Eds. *Foucault, health and medicine* London: Routledge. (1997) 94-110.
- LUPTON, D. - *Medicine as culture*. 2nd edition. London: Sage. 2003.
- MACHADO, R. - Introdução: Por uma genealogia do poder. In M. Foucault, *Microfísica do poder* (3^a ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal. (1992) VII-XXIII.
- MAY, C. - Research on nurse-patient relationship: Problems of theory, problems of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (1990) 307-315.
- POLASCHEK, N. - The experience of living on dialysis: A literature review. *Nephrology Nursing Journal*, 30:3 (2003) 303-313.
- REED, J.; GROUND, I. - *Philosophy for nursing*. London: Arnold, 1997.
- SALTMAN, R. - *Patient choice and patient empowerment: A conceptual analysis*. Stockholm: Center for Business and policy Studies. (Occasional Paper n° 40 Augusti), 1992.
- SCHMITT, B. - Entre a tentação do poder médico e a tentação do tratamento altruísta: Pelo restabelecimento da cidadania do «homem em sofrimento». In Walter Hesbeen, Editor, *Cuidar neste mundo* Loures : Lusociência, (2004) 111-142.
- TERESO, A. - *Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes*. Coimbra: Formasau, 2005.
- TURNER, B. - From Governmentality to risk: Some reflexions on Foucault's contribution to medical sociology. In A. Peterson & R. Bunton, Eds. *Foucault, health and medicine* London: Routledge. (1997) IX- XXI.

Contacto:
mf@uevora.pt

Recebido em:10-09-2007
Aceite para publicação em: 15-10-2008