



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**A Relação Médico-Paciente no Contexto  
do Programa de Saúde da Família.**

***Um Estudo Observacional em  
Três Municípios Baianos***

**Anamélia Lins e Silva Franco**

Salvador  
2002

**ANAMÉLIA LINS E SILVA FRANCO**

A Relação Médico-Paciente no Contexto  
do Programa de Saúde da Família.

*Um Estudo Observacional em  
Três Municípios Baianos*

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em  
Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da  
Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial  
para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde  
Orientadora: Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos.  
Co-Orientador: Dr. Andrea Caprara

Salvador  
2002

Ficha Catalográfica  
Preparada por: Maria Creuza F. Silva CRB/5-996

---

F825r Franco, Anamélia Lins e Silva.

A relação médico - paciente no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo observacional em três municípios baianos / Anamélia Lins e Silva Franco. -- Salvador, 2002.

182p.

Tese ( Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia  
Orientador(a): Prof. Ana Cecília de Sousa Bastos

1. Saúde da Família – Programa 2. Métodos de Observação 3. Relação Médico -  
Paciente 3.Vigilância da Saúde I. Título

CDU 314.6 : 614

---

**ANAMÉLIA LINS E SILVA FRANCO**

A Relação Médico-Paciente no Contexto  
do Programa de Saúde da Família.

*Um Estudo Observacional em  
Três Municípios Baianos*

Data de defesa:

**Banca Examinadora**

Professora Doutora **Ana Cecília de Sousa Bastos**

Professor Doutor **Andrea Caprara**

Professor Doutor **Antonio Nery Filho**

Professor Doutor **Jairnilson Silva Paim**

Professora Doutora **Mônica Nunes**

Salvador  
2002

## Resumo

---

Este estudo aborda a relação médico-paciente no Programa de Saúde da Família. Trata-se de uma problemática de pesquisa convergente entre a área da saúde e as ciências sociais. A revisão desenvolvida identificou quatro vertentes da produção científica sobre o tema: (a) Funcionalismo; (b) Estruturalismo; (c) antropologia médica; (d) pesquisa operacional. Estes estudos indicaram a necessidade de uma análise conceitual da relação médico-paciente e conceitos correlatos. Compreendendo que a relação médico-paciente sofre influência de fatores macrocontextuais e microcontextuais optou-se por uma articulação entre a abordagem da vigilância da saúde e o modelo ecológico do desenvolvimento humano, ambas compreensões influenciadas pelo contextualismo. Deste modo, buscou-se construir estratégias de coleta e análise de dados que possibilitassem a aproximação da relação médico-paciente no nível da relação diádica microcontextual e que apreendessem as influências macrocontextuais. Foi realizado um censo dos médicos de Saúde da Família do Estado da Bahia. Foram sorteados 20 médicos de três municípios. Observaram-se 20 consultas de cada profissional sob orientação de um instrumento. As consultas foram gravadas em áudio com consentimento informado dos médicos e dos pacientes. O censo e o instrumento observacional geraram análises descritivas. As transcrições das consultas serviram a uma análise temática de uma subamostra de dez médicos orientadas pela análise documental das diretrizes do Programa. Uma análise interacional realizou-se a partir das consultas de quatro médicos. Os principais resultados são: existem diferenças significativas entre os modos de implantação do PSF nos três municípios repercutindo na relação médico-paciente; a continuidade da assistência foi compreendida enquanto característica do PSF transversal às várias análises de dados, dependendo da existência de uma rede de serviços de saúde hierarquizada a ser referenciada; a vigilância da saúde não tem sido incorporada nas práticas dos médicos observados. No nível microcontextual observou-se que os padrões de comunicação dos médicos são orientados por frases curtas, comprobatórias de suas suspeitas diagnósticas, com excesso de perguntas fechadas. Os pacientes em geral respondem ao conteúdo imediatamente referido não sendo possível tratar das queixas de modo contextualizado. Por fim, conclui-se que as diretrizes do PSF, quando assumidas pelos municípios, são produtoras de diferenças na assistência observáveis no microcontexto da relação médico-paciente. A abordagem da vigilância da saúde, referida como ferramenta para o trabalho coletivo mostra-se eficiente para descrever, avaliar e aperfeiçoar o PSF e, neste estudo, conclui-se que esta é uma importante ferramenta conceitual para implementação da relação médico-paciente.

## Summary

---

This study approaches the doctor-patient relationship in the Family Health Program. It is treated here as a research problem convergent between the health field and the social sciences. The literature review identified four slopes of the scientific production on the topic: (a)Functionalism; (b)Structuralism; (c)medical anthropology; (d)operational researches. These studies indicated the need of a conceptual analyses of the doctor-patient relationship and correlate concepts. Assuming that the doctor-patient relationship suffers influence of macro and microcontextual factors, it was used an articulation of the health surveillance approach and the ecological model of human development, both influenced by contextualism. This way, a collection of strategies and data analysis was employed to approach the doctor-patient relationship as a diadic microcontextual relationship that apprehended the macrocontextual influences. A census of Family Health doctors of the State of Bahia was accomplished. Twenty doctors of three municipal districts were raffled. It was observed each professional's 20 consultations under orientation of an instrument. Consultations were audio recorded under the doctors' and patients' informed consent. The census and the instrument observacional generated descriptive analyses. Transcriptions of consultations served to a thematic analysis of a subsample of ten doctors guided by the documental analysis of the Program guidelines. An interacional analysis took place starting from four doctors' consultations. The main results are: significant differences exist among models of implementation of PSF in the three municipal districts echoing in the doctor-patient relationship; the continuity of the attendance was understood as a cross-point to the several analysis of data, depending on the existence of a reference network of health services; the health surveillance approach has not been incorporated in the observed medical practices. In the microcontextual level, it was observed that the doctor-patient communication patterns are guided by short sentences, supporting of their diagnostic hypotheses, with excess of closed questions. The patients in general answer to the content immediately referred not being possible to treat their complaints in a contextualized way. Finally, it was found that the PSF guidelines, when assumed by the municipal districts, are producing differences in the observable attendance in the microcontext of the doctor-patient relationship. The health surveillance approach, considered as a tool for the collective work, is shown efficient to describe, to evaluate and to improve PSF and, in this study, it is concluded that this is an important conceptual tool for the implementation of the doctor-patient relationship.

# Agradecimentos

---

Um trabalho de tese é uma história, as vezes com cara de lenda, as vezes com cara de fábula e nesta história são muitos os personagens, todos imprescindíveis, necessários na sua singularidade.

Sendo assim... o reconhecimento possível é tornar público estes personagens e um pouco do enredo da história.

À Profa. Ana Cecília de Sousa Bastos, que se disponibilizou a orientar este trabalho e com ele estreitou os nossos laços de amizade com paciência e beleza.

Ao Prof. Andrea Caprara, que com toda sua empolgação pelo tema me convenceu do doutorado, assumiu a corresponsabilidade do empreendimento, desde as referências bibliográficas até o financiamento do Projeto e festeja este momento com novos planos de trabalho.

À Vânia Sampaio Alves que entrou como voluntária nesta aventura e continuou depois de ser bolsista. Este trabalho não estaria no fim neste momento sem a sua imensa colaboração, sem o seu carinho e seu bom humor.

A Naomar e Denise. Imprescindíveis nestes últimos momentos. Agradeço-lhes a irmandade que construímos, a disponibilidade para dividir comigo a competência de vocês nas leituras e revisões do texto, com todo carinho e paciência.

Aos médicos do Programa de Saúde da Família participantes deste estudo. Neste momento sinto como injusto o nosso contrato de sigilo. Agradeço-lhes a confiança e espero honrá-la sempre. Vocês despertam a esperança de quem está na Academia e vê a realidade constituindo *problemas* de pesquisa.

As “meninas” bolsistas deste projeto. Grandes psicólogas: Márcia Teresa Siebel, Mônica Silva e Aline Vilafane Lira Gomes. Espero que tenhamos aprendido um pouco juntas.

A Adriano Oliveira pela colaboração paciente e positiva, inserindo arte quando a tarefa parecia somente desafio.

Aos colegas e funcionários do ISC/UFBA, na COOPTEC especialmente Isabela Pinto, com quem construí uma história de complementariedade; Chico Pacheco, muitas vezes me dizendo como me proteger e olhar para o mundo; Maria Caputo, uma amizade cheia de contextos diferentes, muitas emoções e esperanças. Me sinto muito privilegiada de compartilhar a existência de Leo paralela a este estudo. Mônica Koester, querendo ser minha secretária, Neusa Barbosa, o cuidado com minhas histórias presente em nossas múltiplas realidades comuns; Maria Creuza Silva, bibliotecária empreendedora e doce; Clinger a disponibilidade na construção dos bancos de dados, todos na disponibilidade cotidiana.

Aos colegas da Pós-graduação, especialmente Isabel Lima, a qualquer hora, em todos os lugares com poesia e fé; Rita Rego, sua força combativa e honesta; Ana Luiza Vilasboas, a quem devo leituras, exemplos e compreensão; Luis Augusto Vasconcelos Silva (Guga), um dia ele foi meu aluno, hoje é mestre em Saúde Comunitária nesta empreitada tantas ajudas inclusive com o NVIVO.

Aos meus amigos Mirella e Sérgio, Marília Bahiense com quem a vida pode ser sincera; a Marília Marques, a esperança da psicologia na Saúde Pública ponte para nossa amizade; a Adson França, o exemplo, o carinho com minha saúde; a Beatriz Shayer, psicóloga, colega de trabalho, minha admiração pela sua forma comprometida de estar no mundo; Lúcia Melo, seu carinho, um dia serei a *lady* que você admira.

À Ivete Villalba, um privilégio contar com sua escuta. Construimos uma relação delicada e sensível. Você pode dimensionar a profundidade deste agradecimento.

À minha família, nestes anos nós crescemos muito, crescemos inclusive em número, hoje temos Maria Sophia e Marcelo, ambos cuidaram muito de mim nestes tempos, que novos tempos se estabeleçam e que eu possa viver o carinho de todos vocês.

A David, a delicadeza da história, tantas relações médico-paciente partilhadas, repensadas, tudo fez e faz diferença neste texto.

Ao povo brasileiro que sem saber contribui com os impostos que se tornam financiamentos de bolsas e auxílios de pesquisa pela Capes e pelo CNPq.



“E quando íamos saindo, já na boca-da-noite, avisaram que uma senhora do assentamento do Movimento dos Sem Terra tinha caído no ‘mata-burros’. Tinha chovido o dia todo, uma chuva fina ali na estrada de barro batido onde derrapava muito. Estávamos com pressa para não perder o horário do ônibus e eu cheguei a pensar que talvez pudéssemos deixar a visita para o dia seguinte. Brincamos no carro imaginando como ocorreria aquela queda: teria vindo bêbada para cair no mata-burro? Seria assim tão distraída a ponto, de não enxergar o vazio no chão? Quando chegamos na casa da mulher o dia já tinha apagado a sua luz naquele ermo: só um pequeno fitô iluminava o cuidado do médico criterioso examinando o corpo com hematomas e a história da queda no barro que deslizava sujando a sua trouxa de roupa. Deitada em um lastro sem colchão, a paciente falava entre panos que lhe cobriam, do seu medo de ter fraturado a costela direita enquanto contava sobre seus 10 anos no MST: desde quando os sete filhos foram crescendo e ela, morando num bairro pobre da cidade, foi se vendo incapaz para lhes dar limite, educação ou dizer aos meninos com quem poderiam andar ou não. Se ficassem morando na cidade, explicava, os filhos iam dar para ladrão. E o médico, preparando uma injeção de antiinflamatório depois de acender os faróis altos do carro, aplicou-lhe recomendando fazer raio-X no dia seguinte. Acompanhando-nos com esforço até a porta daquela casa pequena a paciente ali nos conferia uma lição tirada daquele breu. Muito além da nossa imaginação a vida corria lúcida, sem bebedeira ou desequilíbrio, a vida de uma mãe que buscava o exemplo de gente vivendo unida para que os filhos não escorregassem nos mata-burros da violência, da perdição, da ignorância. Naquela hora, já não importava mais o horário do ônibus. Tínhamos sido transportados para um outro continente da área rural do país onde a força de cada trabalhador escrevia, no meu diário de campo, outra costela para estrutura da minha compreensão sobre a saúde.”

*In Fragmentos do Diário de Campo*

# Sumário

---

Introdução .....	13
I. A relação médico-paciente — estado da arte .....	17
II. O Conceito de relação .....	45
III. A Perspectiva Ecológica e o Programa de Saúde da Família .....	61
III.1. Construção de uma intersecção .....	63
III.2. A abordagem da vigilância da saúde.....	65
III.3. A ecologia do desenvolvimento humano.....	67
III.4. Usos da Abordagem Ecológica de Bronfenbrenner na relação médico-paciente.....	71
III.5. A busca de articulação .....	74
IV. Metodologia .....	79
IV.1. Etapa preliminar: O censo .....	79
IV.2. Caracterização dos municípios.....	80
IV.3. Coleta de dados .....	82
IV.3.1. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados. ....	82
IV.4. Participantes do estudo.....	83
IV.5. Organização e análise dos dados observacionais .....	84
IV.6. Organização e análise das transcrições .....	84
IV.7. Análise temática orientada pelas diretrizes do PSF .....	85
IV.8. Análise interacional .....	89
IV.9. Comentário sobre estratégias metodológicas .....	93
V. Resultados .....	97
V.1. Censo sociodemográfico dos médicos do PSF do Estado da Bahia .....	97
V.1.1. Perfil sócio-demográfico .....	97

V.1.2.	Motivo de Ingresso no PSF .....	98
V.1.3.	Formação Acadêmica .....	98
V.1.4.	Atuação no PSF .....	99
V.1.5.	Capacitação necessária para atuar no PSF.....	100
V.1.6.	Relação Médico-Paciente.....	100
V.1.7.	Vantagens e desafios .....	101
V.2.	Caracterização geral das consultas observadas .....	102
V.3.	As consultas: procedimentos e estrutura.....	102
V.3.1.	Momento 1: Investigação do problema. ....	104
V.3.2.	Momento 2: Esclarecimento do problema. ....	104
V.3.3.	Momento 3: Definição diagnóstica. ....	104
V.3.4.	Momento 4: Formulação de um plano de tratamento. ....	105
V.3.5.	Aspecto 1: Estrutura da Consulta. ....	106
V.3.6.	Aspecto 2: Condução da relação médico-paciente. ....	106
V.3.7.	Aspecto 3: Gestão Clínica. ....	107
V.3.8.	Aspecto 4: Investigação psicossocial.....	107
V.4.	Análise Temática.....	109
V.4.1.	Episódios relacionados à Categoria 1: “natureza do PSF”.....	110
V.4.2.	Episódios relacionados à Categoria 2: “vigilância da saúde” .....	113
V.4.3.	Episódios relacionados à Categoria 3: “compromisso com a população adscrita” .....	117
V.4.4.	Episódios relacionados à Categoria 4: “trabalho em equipe” .....	120
V.4.5.	Episódios relacionados à Categoria 5: “família como unidade de trabalho”.....	121
V.4.6.	Episódios relacionados à Categoria 6: “característica da atenção”...124	
V.4.7.	Episódios relacionados à Categoria 7: “paciente como sujeito” .....	126
V.5.	Análise interacional .....	129
V.5.1.	O profissional M2 .....	130

V.5.2. O profissional M6 .....	134
V.5.3. O profissional M10 .....	137
V.5.4. O profissional M20 .....	143
Considerações finais .....	148
Referências bibliográficas .....	160
Anexo I .....	169
Anexo II .....	171

## **Índice de figuras, tabelas e quadros:**

Figura 1 .....	70
Figura 2 .....	96
Tabela 1.....	102
Tabela 2.....	103
Tabela 3.....	106
Tabela 4.....	108
Quadro 1 .....	87
Quadro 2 .....	88
Quadro 3 .....	91
Quadro 4 .....	111
Quadro 5 .....	115
Quadro 6 .....	118
Quadro 7 .....	120
Quadro 8 .....	123
Quadro 9 .....	125
Quadro 10 .....	128

# Introdução

---

O presente estudo trata da relação médico-paciente no Programa de Saúde da Família<sup>1</sup>. Desenvolvido como desdobramento do projeto de pesquisa *A relação médico-paciente no programa de saúde da família: uma pesquisa-ação com as equipes do Ceará e da Bahia*, contou com o apoio do CNPq<sup>2</sup> entre 1999-2001.

A oportunidade de vinculação com este projeto de pesquisa possibilitou, além de condições administrativas e financeiras mais favoráveis, o aprofundamento em um tema de interesse que eu já contemplara no mestrado. Naquela ocasião, apresentei como trabalho de conclusão uma análise funcional de locuções verbais de grupos constituídos entre profissionais e familiares desenvolvidos em uma enfermaria de pediatria (FRANCO, 1996).

Alguns autores defendem a prática médica como nuclear frente às demais práticas de saúde, porém é necessário pensar de forma ampliada as relações entre profissionais e usuários. Aquela análise caracterizou a relação médico-paciente como diferenciada entre os profissionais, no sentido de produzir efeitos mais contundentes tanto para os usuários quanto para a equipe multiprofissional. Durante o mestrado, supunha que os médicos participavam nas atividades de grupo de forma marcadamente significativa. Apesar de terem sido ali focalizadas manifestações reconhecidas com conteúdo de ansiedade expressas por familiares de pacientes, observei a ocorrência de ansiedade também entre todos os profissionais que compunham a equipe, o que incentivava a mudança do foco da análise dos familiares-usuários para os profissionais.

Em paralelo, e mesmo antes de realizar o mestrado, já trabalhava em saúde coletiva e, com esta inserção, busquei formular questões que abordavam a qualidade da assistência no sistema de saúde, cultivando a singularidade e a cidadania de cada usuário.

---

<sup>1</sup> Doravante mencionado como PSF.

<sup>2</sup> Processo número 000521228/98

Todas estas preocupações têm como pano de fundo um contexto político aparentemente novo que busca racionalidade administrativa e, em diferentes perspectivas, análise de custos e humanização dos serviços. A humanização tem sido freqüentemente percebida como emblemática para mudanças e esta compreensão coloca-a em meio a uma significativa empolgação em todo o cenário da saúde brasileira, incluindo o PSF. Todavia, seria ingênuo afirmar que um projeto de humanização das práticas em saúde encontra-se acima dos interesses administrativos e financeiros. Entender o PSF como catalisador de mudanças favoreceu iniciativas de trabalho e investigação, colocando-se o programa como contexto de diversos objetos de estudo.

O PSF se distingue de outros programas por tentar, de forma simples, definir suas diretrizes e, entre elas, as funções de cada profissional, a partir de uma perspectiva interdisciplinar. Estas definições são necessárias porque esperam imprimir mudanças significativas no atendimento; algumas dizem respeito ao sistema de saúde e outras a competências profissionais e pessoais. Tais mudanças implicam em propostas que pretendem repercutir na qualidade de vida da população.

O presente estudo tem um primeiro propósito: transitar entre pólos desafiantes para a área de saúde, como o individual e o coletivo, ou o singular e o geral, ou a cidadania e a limitação da realidade sócio-econômica brasileira. Um outro propósito, relativamente ambicioso, é transcender a academia. Na medida em que se quer produzir uma informação que favoreça o futuro do PSF e a reforma sanitária brasileira, compromete-se com objetivos que superam o âmbito acadêmico. Não se trata apenas de um requisito para obtenção de um grau acadêmico, mas de utilizar a tarefa acadêmica como oportunidade para dialogar com a realidade, especialmente a realidade dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde.

Com o objetivo de atingir os dois propósitos, foi elaborado um projeto de estudo que ao mesmo tempo pudesse aproximar-se da realidade macroestrutural, em especial o PSF, e o fizesse a partir do cotidiano, da história das pessoas, profissionais e usuários que estão envolvidos com a proposta. Para tanto, uma estratégia de coleta e análise dos dados foi desenvolvida, com base em observações da relação médico-paciente, no momento singular do encontro clínico.

Em se tratando da pretensão de diálogo com as diretrizes do PSF, e pretendendo abordar a estratégia reconhecida pelo Ministério da Saúde como estratégia de mudança do modelo assistencial, este estudo destacou palavras-chave do PSF, com as quais se pudesse construir um diálogo.

Tais propósitos exigiram a consolidação de alguns pressupostos. Certas dicotomias foram relativizadas ao longo da elaboração do estudo, indicando pólos e “antagonismos”. Um esforço foi necessário para diminuir a distância entre estes pólos. Em primeiro lugar, destacou-se a necessidade de equilibrar um volume de dados, possibilitando a afirmação de constâncias resultantes do aprofundamento possível em análises de conteúdo, isto é, análises qualitativas. Assim, estratégias de coleta e análise de dados de várias naturezas foram construídas em busca de síntese, com o desafio permanente do diálogo interdisciplinar.

Diante deste cenário e com tais propósitos acadêmicos, o estudo constrói uma caracterização da relação médico-paciente no PSF, utilizando várias estratégias de coleta e análise de dados. Dessa maneira, pretende-se relacionar as diversas caracterizações com a realidade municipal na qual o Programa foi implantado e indicar linhas de trabalho que favoreçam o desenvolvimento do trabalho médico, da relação médico-paciente e dos objetivos do PSF.

Para fundamentação, aproximação e diálogo com o objeto deste estudo foram elaborados os seguintes capítulos:

Primeiro, um capítulo que apresenta o estado da arte da relação médico-paciente como objeto de estudo. Quatro momentos são destacados: os três primeiros, decorrentes de movimentos teóricos (funcionalismo, estruturalismo e antropologia médica) e o quarto momento, marcado por uma preocupação operacional com a mudança da realidade dos serviços de assistência ou de ensino.

Considerando a diversidade de conceitos empregados para designar o que ocorre entre médico e paciente, elaborou-se uma análise conceitual da relação médico-paciente e conceitos correlatos, para assegurar maior solidez conceitual à investigação.

Diante da constatação de que a relação médico-paciente é influenciada tanto por aspectos macrosociais como por aspectos pessoais nas relações, desenvolveu-se uma

argumentação que conjuga a abordagem da vigilância da saúde proposta por Paim & Teixeira (1992), Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) e a abordagem ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996), como uma alternativa para lidar articuladamente com o macrossocial, o diádico e suas interações.

A metodologia encontra-se antecedida por considerações teóricas que a fundamentam e é constituída propriamente da descrição das estratégias de coleta e análise dos dados.

O perfil dos médicos do PSF nos primeiros anos de sua implantação na Bahia e a caracterização das consultas, incluindo análise estruturada do padrão de interação nos vários momentos da consulta. Segue-se a análise do conteúdo dos episódios observados ao longo das consultas, categorizados com base nos temas e nas características interacionais.

O capítulo final compreende discussão e conclusões, incorporando proposições de estudo e intervenção.



# I. A relação médico-paciente — estado da arte

---

Constata-se que a situação atual da saúde no mundo, reconhecidamente crítica, não foi gerada somente pela escassez de recursos. O “desafio da saúde”, corolário da afirmação de uma crise da saúde nas sociedades contemporâneas, é considerado um problema complexo e por isso tem sido objeto de interesse de muitas áreas do conhecimento. Diversos fatores relacionados à formação e à prática dos profissionais de saúde são apontados. É neste contexto que se pode situar o tema da relação médico-paciente.

Sobre o assunto, muitas reflexões têm sido suscitadas, a maioria delas ainda insatisfatórias diante da complexidade do binômio médico-paciente e das múltiplas variáveis envolvidas. Observa-se que várias disciplinas, tais como medicina, enfermagem, psicologia, sociologia, antropologia, filosofia e lingüística, tomaram o médico e o paciente enquanto objeto e produziram estudos sistemáticos em proporção significativa.

Possibilitou-se assim a explicitação da importância do tema, como pode ser visto na indicação do Consenso de Toronto (1991). É lícito afirmar que a relação médico-paciente pôde ser considerada uma problemática de interesse para a Saúde Pública, uma vez que 54% dos pacientes consideram que a relação com o médico é motivo de reclamações, 45% das queixas dos pacientes não são levadas em consideração pelos médicos e em 50% das consultas, o paciente e o médico não concordam com a natureza do problema principal<sup>1</sup>.

Dados como estes provocam grande impacto para os gestores da saúde e para a academia, principalmente considerando que os sistemas de saúde no mundo encontram-se sobrecarregados devido à necessidade de compensar seus múltiplos limites. Dentre eles,

---

<sup>1</sup> Estes dados provêm de diferentes estudos apresentados por Simpson (1991).

destacam-se os limites decorrentes das próprias práticas profissionais que não conseguem ser sensíveis e resolutivas frente às necessidades de saúde da população.

A inclusão do binômio médico-paciente enquanto objeto de estudo de várias disciplinas, principalmente aquelas oriundas das ciências sociais, não foi acompanhada de uma suficiente problematização deste objeto. Um indício dessa ausência pode ser observado quando se constata que o tema é referido como relação, interação e comunicação (ROTER e HALL, 1989; ONG et al., 1995; WILLIAMS, WEINMAN & DALES, 1998). De fato, os termos relação, interação e comunicação podem ser considerados sinônimos na linguagem cotidiana, mas para as ciências humanas e sociais são objeto de um esforço conceitual, que exige precisão e situa-se muitas vezes no centro de debates interdisciplinares.

Este capítulo apresenta o cenário produzido pela literatura científica que trata do tema, concentrando-se principalmente em estudos desenvolvidos na atenção primária à saúde. Considerando que a relação médico-paciente constituiu uma via convergente de pesquisa entre a área da saúde e as ciências sociais, observa-se na construção deste objeto as influências geradas pelas abordagens sociológicas ao longo de sua história. A revisão aqui desenvolvida mostra quatro vertentes da produção científica sobre o tema. A primeira, marcadamente influenciada pelo Funcionalismo; a segunda, provém de estudos gerados pelo Estruturalismo; em seguida, a produção advinda da antropologia médica; e, finalmente, uma produção pragmática que tem suas origens nos próprios centros formadores e serviços assistenciais. Desde já, é importante ressaltar que os momentos aqui apontados não são superados ou extintos com a emergência de novas proposições teórico-metodológicas.

Esses períodos históricos são perpassados pela crise da prática e do saber médico que, no ponto de vista de Queiroz (1986), estaria vinculada à crise do positivismo, por não reconhecer as influências sociais, culturais e históricas estruturadoras do objeto e da maneira de abordá-lo. Ao longo da história, observa-se um processo de fragmentação e distanciamento do homem e de sua condição ativa sobre a vida e o meio com o qual ele interage.

O primeiro momento remonta à medicina hipocrática: a doença seria uma alteração global do organismo em interação com o meio físico e social. Esta compreensão de interação era influenciada pela figura de Hygéia, deusa da saúde, e concebia doença implicando em desajustes, e estes, por sua vez, seriam consequência de relacionamentos sociais desequilibrados. Complementar a esta concepção, estaria a figura de Asclépius, deus da medicina. Seus seguidores acreditavam que ao médico cabia tratar as doenças com terapias “heróicas, sem se preocupar em trazer um modo de vida particular ao paciente” (QUEIROZ, 1986, p. 311).

Além da sua importante contribuição para a constituição da epistemologia moderna, Descartes, no século XVII, concebeu o corpo humano como uma máquina, possibilitando que se pensasse a doença como um distúrbio de um de seus componentes. O modelo do homem autômato forneceu as bases para a abordagem mecanicista, fundamento de um novo modo de produção. A Revolução Industrial é um marco significativo de mudanças. As rupturas observadas a partir deste momento vão desde a condição biológica até as relações econômicas. Tornou-se assim mais difícil situar a doença entre a biografia individual e o mundo social. Para Queiroz (1986), este seria o fundamento das limitações da medicina científica, sendo portanto muito difícil compreender um grande número de doenças.

A partir do século XIX, com a teoria da origem específica das doenças, desenvolvida por Pasteur e Koch, passou-se a ter o indivíduo e não a população como objeto de interesse. No mesmo período, observa-se o desenvolvimento da medicina social: Virchow, na Alemanha, mostrou a relação entre as dificuldades sociais e as condições de saúde; Villermé na França demonstrou as diferenças na morbimortalidade entre as classes sociais (ROSEN, 1975).

O século XX viveu, ao mesmo tempo, a consolidação do paradigma mecanicista com o relatório Flexner (1910), a reforma da profissão médica nos EUA, a descoberta da penicilina em 1928 e o questionamento deste paradigma, débil para conceitualizar os problemas modernos da saúde humana, a análise de custos que esse tipo de medicina acarreta dificultando sua democratização e o crescimento da prevalência das doenças degenerativas.

Este percurso favoreceu a perda, para o profissional e para o paciente, da noção de integralidade, bem como da consciência social e cultural de si mesmo. O sujeito denominado paciente tornou-se progressivamente objeto de manipulação no seu processo saúde-doença sob o ponto de vista dos médicos.

A direção em que se desenvolveu a medicina foi produtora de intenso progresso tecnológico. Entretanto, tal progresso não se democratiza por seus altos custos e além disso não possibilita intervenções decisivas sobre as causas estruturais dos problemas. Berliner (*apud* QUEIROZ, 1986) afirma que a medicina científica buscou uma lógica de racionalização que favorecesse o distanciamento das causas verdadeiras das doenças e, assim, pudesse manter-se coerente e funcional com o crescimento produtivo capitalista.

Há alguns anos, as organizações internacionais orientadoras das políticas de saúde vêm incentivando modelos de compreensão e de práticas que confrontam a realidade adversa das condições de saúde da população e os altos custos da tecnologia médica de vanguarda. No Brasil e, mais recentemente, em outros países da América Latina, o incentivo à implantação das estratégias do Programa de Saúde da Família e, neste, uma abordagem multiprofissional, vem revelando-se como uma forma relativamente eficiente de enfrentar o desafio. A estratégia valoriza a intervenção na saúde compreendida como um objeto complexo fortemente influenciado pela desigualdade social, sensível à lógica da prevenção e promoção da saúde. Pode-se tomar a Declaração de Alma Ata (1978) como marco inicial de uma compreensão complexa do processo saúde-doença-cuidado.

Nunes (1988) articula as determinações sociais e a relação médico-paciente. Sua reflexão exemplifica os fundamentos da produção brasileira nas áreas que vieram a constituir hoje a Saúde Coletiva. A relação médico-paciente foi pioneiramente abordada em 1929 por uma análise histórico-social feita por Sigerist. Em 1935, Henderson elaborou o que Nunes (1988) afirma ter sido o primeiro tratamento sociológico do tema.

Pode-se observar a constituição de um primeiro momento dos estudos sobre o assunto influenciado pela Teoria Funcionalista. Entre os autores de tal abordagem, Parsons (*apud* NUNES, 1999) seria a principal referência, ao aplicar o conceito de papéis à abordagem da relação médico-paciente. Distingue como atributos do papel do médico, por exemplo, competência técnica, universalidade e neutralidade afetiva. Como atributos do

papel do paciente estariam incluídos: estar motivado a tratar-se, procurar ajuda técnica competente e ter confiança no médico ou acatar sua competência.

A relação médico-paciente para Parsons é definida pela expectativa de papéis, os quais, por serem distintos, evidenciam a assimetria da relação. Nunes (1988) enfatiza que a caracterização proposta tem a racionalidade e a tecnicidade permeando e definindo a relação, cujo caráter normativo e controlador é definido pelo médico. Uma contribuição de Parsons oriunda desta compreensão dos papéis buscava interferir nas relações médico-paciente. Trata-se da proposta do *consenso intencional*, hoje chamado de *consentimento informado*, pelo qual se tem a expectativa de difundir e respeitar os direitos dos pacientes.

Entre as críticas feitas a Parsons, Freidson (*apud* NUNES, 1988) avalia que um valor de sua proposição é fornecer uma definição que torna possível medir o desvio da realidade em relação àquele padrão; no entanto, a partir das suas proposições não se pode explicar a realidade. Freidson considera que as definições dos atributos não devem partir somente dos médicos e não precisam ser fundadas em expectativas, mas podem ser baseadas na própria realidade. A pesquisa realizada por Freidson (*apud* NUNES, 1988, p. 158) “mostra que tipos diferentes de atenção médica imprimem formas diferentes de relacionamento”. Esta discussão é pertinente em um sistema de saúde como o disponível no Brasil no qual convivem, e em alguns momentos de forma interdependente, vários subsistemas públicos financiados pelo Estado.

O segundo momento de consolidação do objeto relação médico-paciente é observável a partir da década de sessenta, com a adesão ao modelo estruturalista. A principal crítica ao funcionalismo, e que fortaleceu os pressupostos estruturalistas, concentra-se na focalização sobre as partes com o objetivo de compreender o todo. Além disso, os limites dos modelos de análise ficaram mais evidentes na medida em que não conseguiam explicar as causas das contradições e das crises que afetaram o setor saúde.

Nunes (1988, p. 159) faz uma referência a McKinlay afirmando que a produção existente sobre o tema até então era

“...extremamente limitada, visivelmente conservadora, preocupada com os problemas gerenciais dos médicos, geralmente a-históricos e mesmo fúteis

[...] raramente em nossos estudos existem tentativas de localizar o relacionamento em um amplo esquema de referência político e econômico.”

A crítica parece ter sido tomada como um desafio pelos autores brasileiros. Nesta mesma direção, Arouca (*apud* NUNES, 1988, p. 159) destaca “a necessidade de estudar a relação médico-paciente estabelecida dentro de uma formação social, da medicina com a economia, a política e a ideologia”.

Pode-se reconhecer no trabalho de Sucupira (1981) uma proposição semelhante àquela apresentada por Freidson. A autora analisou a relação médico-paciente no contexto da pediatria, comparando três modalidades assistenciais que funcionavam em paralelo (INPS, Medicina de Convênio e o Centro de Saúde Estadual). Foram realizadas entrevistas e observações. O estudo encontrou que cada modalidade assistencial possibilita padrões próprios de relação médico-paciente, identificados e buscados pela população a depender de suas necessidades. Pode-se afirmar que as relações de poder encontram-se vinculadas aos projetos institucionais nos quais a relação ocorre.

No Brasil, cronologicamente após o estudo de Sucupira, pode-se citar Mendes-Gonçalves (1994) cujo estudo, realizado entre 1984-85, aborda a tecnologia e a organização social das práticas em saúde. Inicialmente, o autor faz uma discussão extensa fundamentando a sua concepção de tecnologia. Reconhece que comumente, quando se fala em tecnologia, a ênfase recai sobre “diferentes possibilidades técnicas”; entretanto, restringir-se a esta compreensão não é suficiente para a teoria do processo de trabalho. Torna-se necessário e pertinente, portanto, explorar a compreensão de desenvolvimento tecnológico que aborda as idéias de inovação e produtividade.

Para Mendes-Gonçalves, tal compreensão não é satisfatória porque explora a compreensão de tecnologia como “os nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos” (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 18). Trata-se de nexos que correspondem à necessidade de coordenar a interação entre os objetos e as atividades de trabalho que os tem como objetivos. O autor assume uma forma particular de compreensão da tecnologia

aplicada em saúde na qual esta seria “constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços.” (1994, p. 20).

Tendo este quadro como referência, foram realizadas entrevistas e observações em onze centros de saúde da rede estadual de São Paulo. A coleta dos dados contemplou várias rotinas dos centros. Verificou-se que, mesmo tendo intenções inovadoras, mantinham-se repetitivas, subordinadoras e pouco eficientes e que, naquele momento, já se observava uma prática preocupada com a autonomia dos pacientes.

Também tratando de um aspecto do modelo assistencial, Schraiber (1993) desenvolveu uma linha de pesquisa na qual focalizou a mudança nas rotinas de trabalho do médico, a partir da incorporação da tecnologia como auxiliar ao exercício da profissão. Tendo entrevistado um grupo de profissionais que vivenciaram a incorporação da tecnologia à prática médica, foi possível demonstrar que, apesar das mudanças observadas, a natureza do objeto da medicina se mantém, e o médico continua possuindo uma condição de autonomia diferenciada diante de outras profissões que assimilaram os auxílios tecnológicos.

No final da década de 90, Schraiber (1997) apresentou um segundo estudo nas mesmas linhas do anterior, diferenciando-se por ter, como sujeitos, médicos formados na era da medicina tecnológica. A autora usou metodologia semelhante, coletando histórias de vida de profissionais formados na primeira metade da década de 80, e reconhecendo mudanças geradas pela incorporação tecnológica. Algumas mudanças sofreram um processo de agudização, como o assalariamento, a perda da autonomia mercantil e o aumento dos conflitos institucionais.

O novo cenário compreendido por Schraiber (1997) caracteriza-se por uma complexificação das engrenagens e meios tecnológicos que, enquanto intermediários na relação médico-trabalho, impõem padrões relacionados à multiplicidade de competências como gerente e gestor do consultório, membro de coletivos de práticas, inserção em um mundo altamente atualizado com excesso de informações. Como consequência desta realidade, observa-se um nítido problema comunicacional, que a autora chamou de “crise da confiança”, facilmente observada tanto entre médicos e pacientes quanto entre colegas.

O enfoque estrutural, que marcou a grande maioria dos estudos brasileiros, considera que a “apreensão do relacionamento tem como ponto de partida as relações sociais e não somente as relações técnicas. [...] as relações sociais não podem ser consideradas apenas como relações humanas mas são relações entre agentes de produção” (NUNES, 1988, p. 160).

Uma terceira vertente das bases teóricas dos estudos sobre a relação médico-paciente surgiu a partir da década de 80, sob forte influência da antropologia médica, tendo expoentes como Arthur Kleinman (1980, 1988, 1991), Byron Good (1994), Gilles Bibeau (1992), Cecil Helman (1994).

Todos eles construíram objetos complementares para aprofundar aspectos da relação médico-paciente. Kleinman (1996) enfatiza que a relação médico-paciente encontra-se inserida em sistemas culturais que possuem seus próprios sistemas médicos e estes estão vinculados a contextos históricos com seus aspectos econômicos, políticos e sociais. Rhodes (1996) distingue a produção da antropologia médica como clarificadora de questões específicas do processo saúde-doença e como uma contribuição crítica ao que tem sido considerado como práticas em saúde.

Observa-se, na antropologia, o crescimento da corrente interpretativa que tem influências da filosofia hermenêutica proposta por Gadamer e outros autores que tratam da experiência da doença em bases fenomenológicas. A influência interpretativa possibilita construir uma antropologia médica centrada no significado. Reconhece-se, nessa abordagem, que todas as realidades das doenças são fundamentalmente semânticas apesar dos substratos biológicos. Do mesmo modo, os encontros clínicos e as decisões subseqüentes constituem-se de significados e são por eles orientados.

Buscando aprofundar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, Kleinman (1988) propôs a diferença entre *illness*, *disease* e *sickness*<sup>2</sup>. A partir desta diferenciação, são reconhecidas as concepções do paciente e do médico, aparentemente frente ao mesmo fenômeno que levou o paciente à busca de cuidado.

---

<sup>2</sup> A primeira destas distinções foi elaborada por Eisenberg (1981) utilizando somente *illness* e *disease*.



O termo *illness* diz respeito à experiência humana dos sintomas e do sofrimento; como a pessoa doente, os membros de sua família e a rede social em que se encontra percebem, explicam, convivem com e respondem aos sintomas e limitações. As afirmações do profissional médico, submetidas ao conhecimento sistematizado, seriam circunscritas à compreensão de *disease*, patologia. Kleinman (1988) considera que o médico interpreta os problemas de saúde trazidos pelo paciente e sua família e busca classificar entre as definições técnicas disponíveis ao sistema médico. Por último, a *sickness* diz respeito ao reconhecimento das forças macrossociais, econômicas e políticas sobre a saúde individual. A definição de *sickness* está relacionada à subordinação, desigualdade, opressão da condição humana e às relações sociais que influenciam as condições de saúde do paciente.

Na mesma perspectiva, Good (1994) realizou um estudo etnográfico<sup>3</sup> buscando saber como os estudantes de medicina constroem seus objetos. A análise aponta diferenças na construção do objeto da prática médica, concluindo que o modelo médico não é uniforme, monolítico nem consistente, apesar de assim parecer ou pretender-se, e apesar de ser apresentado de modo “uniforme” para o aluno. Dependendo da formação pessoal e das concepções de processo saúde-doença-cuidado que o estudante obtém e da qual se aproxima, sua prática profissional se realiza de maneira distinta. Por exemplo, os que têm maior interesse nas bases bioquímicas dirigem suas interpretações sobre os fenômenos diferentemente daqueles que fundamentam suas análises nos aspectos anatomopatológicos. Então, pode-se pensar que, tanto do ponto de vista dos pacientes quanto dos médicos, as concepções que fundamentam seus entendimentos são diferentes e as combinações entre elas produzem um número bastante diversificado de alternativas.

Diante desta diferença de universos, Kleinman (1980) elaborou o que chamou de “modelo explicativo”, propondo uma apresentação gráfica dos referenciais que influenciam as concepções dos pacientes, dos médicos e uma alternativa de explicação de como se instaura a comunicação entre os membros desta díade.

A quarta vertente pode ter sua produção subdividida em três áreas: i) empírica; ii) metodológica; iii) estratégias de formação. Os trabalhos são provenientes principalmente

de profissionais da área; sua ênfase é mais aplicada e teórica; o uso de análises estatísticas é freqüente e visa a interferir nas condições dos serviços.

Roter & Hall (1989) publicaram um artigo de revisão dos estudos de interação médico-paciente, afirmando que se tratava de um tema de interesse há muitos anos e que o número de estudos empíricos duplicara entre os anos 1982-1987. Composta em sua maioria por estudos exploratórios, tais estudos não conseguiram indicar relações significativas entre os elementos em análise, formulando conclusões frágeis. Os artigos analisados por aquela revisão são baseados em registros da comunicação médico-paciente, excluindo estudos com base em relatos *a posteriori*. Buscando propor uma contribuição mais efetiva, Roter & Hall (1989) optaram pela realização de uma meta-análise cujos resultados são sintetizados abaixo.

Nos estudos analisados, os efeitos mais frequentemente medidos foram: satisfação do paciente, solicitação de informação ou de esclarecimento do problema médico por parte do paciente e sua adesão ao tratamento. Dentre as variáveis consideradas, satisfação foi a mais preditiva pela quantidade de informação prestada na consulta médica, aparecendo também positivamente associada à comunicação geral e especificamente à comunicação social, quando se constrói uma relação de parceria, positiva; por outro lado, esteve negativamente relacionada às falas negativas. Satisfação foi relacionada ainda a competência técnica e interpessoal. Adesão foi associada a padrões de comportamento fornecidos na consulta incluindo: mais informação prestada, menos questões gerais e mais falas positivas. A variável solicitação do paciente para retomada de temas mostrou maior poder preditivo para maior volume de informação prestada, mais falas positivas e mais construções de parceria.

As autoras consideram que o mecanismo explicativo para o padrão apresentado está relacionado ao amplo conceito de reciprocidade. Entretanto, a troca recíproca não é semelhante entre médico e paciente. Os comportamentos inerentes à tarefa do médico como ouvir, perguntar, examinar, interpretar, prescrever produzem uma significação emocional para o paciente e, por causa disto, pode-se esperar correlações entre os

---

<sup>3</sup> Este estudo desenvolvido por Good utiliza bases teóricas e metodológicas da antropologia médica com interesse central na

comportamentos inerentes à tarefa do médico e os comportamentos socioemocionais do paciente. Comportamentos inerentes à tarefa do médico podem ser tomados com significado socioemocional de dois modos: veículo e interpretação. A qualidade da voz, a forma como toca, a maneira como escuta o paciente podem ser em si um veículo para apreensão de significados. Interpretação estaria mais relacionada a comunicação verbal. Como exemplos, destacam-se: médicos que prestaram mais informações foram aqueles reconhecidos por falar com uma voz qualitativamente diferenciada; o profissional que é mais ativo no domínio da tarefa tende a ser interpretado como interessado e cuidadoso, especificamente com relação a comportamentos socioemocionais, posto que o paciente faz uma inferência positiva sobre a motivação do médico em se engajar nos comportamentos relativos à sua tarefa.

Diante da análise realizada, as autoras propuseram como diretrizes para os próximos estudos: elaborar modelos teóricos para guiar as investigações, superar as limitações metodológicas (apenas estudos transversais e análises baseadas nas frequências dos comportamentos verbais), realizar estudos longitudinais e desenvolver desenhos mais criativos. Apesar dos interessantes resultados apresentados, estes estudos ativeram-se a uma classificação dos objetos das interações e posterior análise de correlação. Recursos da análise de conteúdo não foram utilizados, assim como nada além da interação imediata foi contemplado. Este volume de estudos deixa a impressão de que o padrão observado e desejado de interação médico-paciente é obtido em qualquer condição de trabalho ou contexto relacional.

Posteriormente, Ong et al. (1995) publicaram um outro artigo de revisão, tratando da comunicação médico-paciente. O argumento desenvolvido centrava-se no fato de que nas últimas duas décadas haviam sido realizados estudos descritivos e experimentais tentando favorecer o processo de comunicação durante a consulta médica. Nesta revisão, são de particular interesse os estudos com pacientes portadores de câncer. São reconhecidos como tópico diferenciado de atenção os estudos que tratam das consultas que informam notícias negativas.

Os autores construíram um quadro expondo onze estudos. Todos eles utilizaram sistemas de análise da interação, *checklists*, medindo diferentes objetos, comportamento instrumental, comportamentos necessários a uma entrevista produtiva, tempo despendido em cada momento da consulta, foco da consulta (o médico ou o paciente), comportamento verbal. Estes estudos têm grande relevância para a clínica. Os autores mostram uma compreensão ampliada do processo de comunicação quando classificam os estudos que consideravam comunicação verbal e não-verbal.

Estes autores consideram que, naquele momento, fazia-se necessário elaborar uma teoria a respeito da comunicação no contexto clínico, para a relação médico-paciente. Como elementos para esta teoria sugerem: i) variáveis fundamentais: cultura, relação médico-paciente, tipos de pacientes e de médicos e características da doença; ii) conteúdo da comunicação: comportamentos comunicacionais e comportamentos instrumentais e afetivos; iii) resultados para o paciente: a curto e médio prazo: satisfação, adesão, compreensão da informação e, a longo prazo, condição de saúde e morbidade psiquiátrica.

Williams, Weinman e Dale (1998) revisaram estudos sobre a associação entre comunicação médico-paciente e satisfação do paciente, muito possivelmente motivados por propósitos de melhoria da qualidade e redução de custos. Esses estudos focalizavam a figura do médico e seu estilo comunicacional, destacando-se como variáveis mais relevantes para a satisfação do paciente aspectos comunicacionais, comunicação centrada no paciente, prestação de informação, aconselhamento, entonação de voz aproximadora. Os autores consideram que os instrumentos de medida possuem várias debilidades e os estudos não se preocupam em incorporar informações sobre fatores externos que têm impacto na consulta e na satisfação do paciente. Outra consideração diz respeito à origem dos estudos, principalmente norte-americanos, não sendo facilmente generalizáveis para os demais sistemas de saúde.

Estes artigos de revisão, apresentados em ordem cronológica, caracterizam a realidade da produção em torno do binômio médico-paciente. Pode-se afirmar que os estudos apresentados até então têm construído vários objetos, centrados mais no comportamento do médico. Por não contemplar o que ocorre entre o médico e o paciente, falta-lhes a compreensão sobre as interações propriamente. Os aspectos metodológicos são

semelhantes entre os estudos porque se baseiam sempre em instrumentos padronizados e seus resultados produzem distribuições de frequências de ocorrência. Não são feitas relações entre o observado e o contexto da observação. A tentativa de construção de uma teoria neste âmbito ainda é muito incipiente e carece de uma fundamentação teórica, já que até então não foram esclarecidos conceitos básicos como relação, comunicação verbal e não-verbal.

A literatura dispõe ainda de um volume importante de estudos analíticos referentes a aspectos específicos como relação médico-paciente e gênero. Este foi o ponto de partida para o estudo realizado por Law & Britten (1995). Diante do argumento de que se observa satisfação dos pacientes quando as consultas são centradas neste e os médicos são mulheres, foi feita uma análise de gravações de vídeo de consultas de 41 médicos clínicos, com o objetivo de verificar se as médicas clínicas desempenham suas funções mais centradas nos pacientes do que os homens e verificar fatores que influenciam na centralidade do paciente na consulta.

Os resultados indicam que as médicas, quando treinadas, têm escores de consulta centrada no paciente maiores que os médicos. Isto se caracteriza pelo aumento da frequência de perguntas abertas e maior atenção ao conteúdo trazido pelo paciente. Foram observadas diferenças entre as possibilidades das combinações das díades: os maiores escores foram obtidos quando a médica e a paciente eram mulheres; quando a médica era mulher e o paciente homem e quando ambos eram homens foram obtidos escores médios e os mais baixos ocorreram entre médico homem e paciente mulher. Estes dados também fortalecem os argumentos que defendem as alternativas de treinamento para implementação de programas de consultas centradas nos pacientes.

Aprofundando a proposta de atenção centrada no paciente, Weyrauch et al. (1995) fizeram um estudo qualitativo utilizando entrevistas semiestruturadas. Pretendiam explorar como e o quanto era importante o conhecimento pessoal do paciente para a relação. Este conhecimento é tratado de três modos: i) como uma forma de recordar informações sobre o paciente, diferenciando-o dos demais; ii) como uma forma de complementar o diagnóstico e iii) como uma fonte que pode interferir negativamente nas decisões, já que o médico pode se tornar influenciável por estas informações na elaboração

de diagnósticos e na tomada de decisões. Por causa disto, os autores recomendam que seja observado como o conhecimento pessoal adquirido no contato clínico interfere e em que circunstâncias o faz de modo prejudicial.

A preocupação relacionada a padrões observáveis na relação médico-paciente, seja ela centrada no paciente ou no médico, fez com que Emanuel & Emanuel (1992) elaborassem quatro modelos de relação, levando em conta: os objetivos da mesma, os deveres dos médicos, a importância dos valores dos médicos e a concepção de autonomia dos pacientes. A preponderância entre as informações técnicas, que seriam em princípio tratadas como fatos, e os valores do médico e do paciente são os pólos que orientam os quatro modelos, elaborados enquanto tipos ideais

Para os autores (EMANUEL & EMANUEL, 1992), a relação médico-paciente pode ser caracterizada do seguinte modo: i. *Paternalista*: ao paciente são assegurados as melhores intervenções, incluindo diagnóstico e tratamento. O médico seleciona as informações suficientes para o paciente aderir às suas recomendações; ii. *Informativa*: ao médico cabe prestar todas as informações necessárias sobre o diagnóstico e tratamento para que o paciente tome a melhor decisão; iii. *Interpretativa*: ao médico cabe elucidar os valores do paciente e ajudá-lo a decidir entre possibilidades disponíveis. Por último, iv. *Deliberativa*: o médico ajuda o paciente a determinar e escolher os valores de saúde e avaliar entre os valores presentes, nas opções disponíveis.

Os autores defendem que o modelo deliberativo é o ideal porque incorpora o princípio da autonomia, corresponde à imagem de médico que é carinhoso e competente ao integrar informação e valores na implementação dos procedimentos, explicita a participação do médico e do paciente, reconhecendo a influência de seus valores.

Os tipos ideais indicam uma focalização clara no médico, apesar de tratarem de tipos ideais da *relação* médico-paciente. Pautam-se numa idéia do médico enquanto estabelecedor das condições da relação médico-paciente, colocando o paciente numa condição passiva, e não distinguem nenhuma variável contextual entre as alternativas.

No Brasil, estes instrumentos têm sido raramente utilizados. Já no contexto do PSF, Braga (1998) realizou um estudo que analisa a atitude dos médicos na relação com seus pacientes. O autor observa a atitude centrada no médico e centrada no paciente e

analisa os dois pólos usando várias estratégias de coleta. A partir de uma escala, percebe-se que os médicos têm sua atitude mais centrada no paciente; entretanto, análises de grupos focais indicam que esta atitude não se mantém na gestão da consulta. O uso desta escala aproxima a metodologia do estudo àquelas apresentadas na primeira parte do presente texto.

A partir dos tipos ideais propostos por Emanuel & Emanuel (1992), Roter et al. (1997) realizaram um importante estudo sobre a relação médico-paciente. Estes autores argumentaram que apesar de nos últimos 25 anos milhares de consultas terem sido gravadas em áudio ou em vídeo, os estudos realizados basearam-se em análises de categorias individuais e que, por isso, a produção apresentada na literatura tem permanecido unidimensional. O estudo pretendeu verificar se são observáveis padrões de relação médico-paciente na prática médica através de dados empíricos e técnicas de análise, e se estes guardam alguma semelhança com os tipos ideais. Foram analisadas 537 consultas de 127 médicos. Tanto os médicos quanto os pacientes registraram consentimento informado. Os pacientes já haviam freqüentado o consultório daqueles médicos pelos menos duas vezes antes da consulta gravada. Cada médico teve pelo menos quatro consultas gravadas. Imediatamente após a consulta, médico e pacientes responderam um questionário que media satisfação. A partir da análise foram descritos cinco padrões:

*Biomédico Superficial*: observado em 68% dos médicos e em 32% das consultas. Caracteriza-se por pouquíssima abordagem de tópicos psicossociais tanto pelo médico quanto pelo paciente. Este tipo caracteriza-se pela mais alta porcentagem de informação biomédica ao longo da consulta sendo esta prestada tanto pelos médicos (27%) quanto pelos pacientes (70%). A fala dos médicos é caracterizada por uma alta porcentagem de perguntas (19%).

*Biomédico Extensivo*: trata-se de um padrão semelhante ao anterior, embora apresente níveis mais moderados de troca de questões biomédicas e psicossociais entre médico e paciente.

*Biopsicossocial*: observa-se um equilíbrio relativo na abordagem de questões de caráter biomédico e psicossocial na comunicação entre médico e paciente. A comunicação

do médico é predominantemente biomédica (23%) em relação à comunicação de conteúdo psicossocial (11%). Poucas questões são feitas pelos médicos em comparação ao observado nos dois padrões biomédicos. Para os pacientes neste padrão, a abordagem biomédica encontra-se em equilíbrio com a abordagem psicossocial, e assuntos sociais são mais observados para ambos.

*Psicossocial:* o padrão mais nítido dos cinco. A comunicação é claramente dominada por temas psicossociais. As falas do médico são quase divididas ao meio entre o psicossocial e o biomédico, e os pacientes tratam duas vezes mais o psicossocial em relação ao biomédico (55% e 25% respectivamente). Este padrão mostra o menor índice de perguntas fechadas para ambos, médico e paciente.

*Consumidor:* compreende o médico como um consultor que responde a questões mais do que quem as formula. Este padrão combina uma frequência baixa de perguntas feitas pelo médico e uma alta frequência de questões do paciente e o maior de todos os índices de informações prestadas pelo médico. Caracteriza-se ainda por índices baixos de trocas psicossociais e sociais.

As conclusões do estudo demonstram um padrão de comunicação biomédico extensivo presente entre os pacientes mais velhos e o padrão consumidor entre os mais jovens. As consultas com pacientes afroamericanos e mais pobres apresentam um padrão predominantemente biomédico superficial. Há maior satisfação entre aqueles que compõem o grupo de padrão de comunicação psicossocial. Metade dos médicos usam sempre os mesmos padrões, independentemente dos pacientes. Isto mostra que os médicos não vinculam seus padrões aos padrões ou às demandas dos pacientes.

Ainda buscando diferenciar padrões de comunicação, Lenvinson et al. (1997) realizaram um estudo que buscou reconhecer as características da comunicação dos médicos que são processados e dos médicos que não são processados por negligência médica. A literatura afirmava que menos de 2% das pessoas que sofrem negligência abrem processos e que estes não estavam imediatamente relacionados à qualidade do cuidado, à repercussão da negligência e à documentação do prontuário. Foram estudados dois grupos: clínicos gerais e cirurgiões. Foram analisados dez consultas ambulatoriais de 124 médicos usando o Sistema de Análise de Interação de Roter (1991) - RIAS, que



compreende três categorias: conteúdo (discussões entre o médico e o paciente sobre aspectos biomédicos e psicossociais), processo (orientação sobre o curso da consulta, as falas do médico que introduzem temas, que pedem esclarecimentos, que incentivam falas e facilitam temas) e afetividade (questões emocionais relativas a pontos positivos e negativos, falas bem humoradas, risadas, aprovações). Não foram encontradas especificidades nas práticas dos cirurgiões. Entre as consultas com clínicos, observou-se que entre os não-processados, as consultas são mais longas e incluem elementos de educação em saúde; os médicos apresentam-se bem humorados e sorridentes, usam mais estratégias de facilitação da comunicação durante a consulta como por exemplo confirmação da compreensão, buscam a opinião do paciente e encorajam suas manifestações.

Como já mencionado anteriormente, um dos elementos que Emanuel & Emanuel (1992) usaram para estruturar os tipos ideais foi o papel do paciente, seus valores e concepções de autonomia. A partir do advento da bioética, um chamado “paradigma da autonomia” vem sendo discutido e atualmente conquistou um status quase legal. Entretanto, justificado por diversos fatores relacionados ao paciente, ao médico, ao serviço ou à doença, esta proposta não tem passado por vezes de um ritual vazio. Entre as contribuições mais recentes de Roter (2000), encontra-se uma discussão sobre a construção da autonomia dos pacientes, seguindo orientações da pedagogia libertadora de Paulo Freire. A autora propõe que sejam usadas estratégias da pedagogia de Paulo Freire para implementar a comunicação do médico. Propõe três chaves de experiências de conscientização: relacionar e refletir sobre a experiência, estabelecer o diálogo e desempenhar ações conscientes. Desempenhar ações conscientes consiste no resultado do processo de autonomia do paciente, já que se quer que cada paciente reconheça suas condições para controlar e transformar as circunstâncias da vida. A proposta da autora é em suma interferir no processo de tomada de decisão no contexto clínico.

Os trabalhos apresentados até então utilizaram padrões diversos, sendo os de Roter e Hall<sup>4</sup> os que apresentam metodologias mais bem estruturadas, em que foram tomados

---

diversos cuidados para assegurar solidez aos estudos. Um último grupo de estudos se distingue por apresentar o que poderia ser chamado de microanálise, ou seja, análises de aspectos particulares de consultas médicas em profundidade. Ruusuvoori (2001), por exemplo, argumenta que, comumente, enquanto o paciente descreve sua queixa, o médico está com sua atenção voltada para o prontuário e buscando articular as informações prestadas com referências teóricas que corroborem o diagnóstico. Tarefas simultâneas fazem com que o médico transfira sua atenção para outros focos. Este foi considerado o primeiro motivo para o paciente se confundir no seu próprio discurso, o que é chamado “disfluência” (interrupções na fala feitas pelo próprio sujeito, de diversas formas). Foram analisadas 172 “disfluências”, divididas entre 33 queixas, sendo mais frequentes aquelas em que os médicos não detinham sua atenção no paciente, o que aconteceu em mais de dois terços dos 86 períodos; nos períodos em que o médico detinha sua atenção no paciente, dois terços não tinham “disfluência”. Foram observados quatro tipos de situação nas quais ocorreram as “disfluências”: quando o médico estava olhando para o paciente mas seu corpo estava voltado para outro lado, quando o médico se desvinculava da interação com uma mudança manifesta de orientação do paciente; quando o médico se dispersava imediatamente antes do paciente chegar ao centro do problema e, por último, quando o médico se dispersava no final da fala do paciente.

Esta análise qualitativa da dispersão do médico com relação ao paciente se mostra mais complexa porque trabalha com a comunicação não-verbal. A autora faz considerações baseadas na literatura sobre comunicação cotidiana e articula estes achados ao contexto clínico. A autora argumenta que, para a comunicação ordinária, quando se observa perda de entusiasmo com o tema, a estratégia utilizada é trocar de assunto. Possivelmente, quando o médico se distrai nos momentos cruciais da apresentação do problema, sua distração é interpretada também como manifestação de pouca importância dada ao paciente.

A autora argumenta que, a partir da década de 80, com o aprofundamento da compreensão sobre a consulta centrada no paciente, este tipo de consulta passou a ser

---

<sup>4</sup> A participação destas autoras é destacada, em função da contribuição que apresentam inicialmente metodológica e, mais

muito referido. Propõe então que tal compreensão inclua aspectos posturais e da comunicação não-verbal. Sugere ainda que sejam elaboradas propostas alternativas de adequação da relação médico-paciente às exigências de atenção em vários focos, como a narrativa do paciente, a análise e o registro no prontuário, o exame físico, tudo isto compondo programas de formação médica.

Uma outra microanálise focaliza a questão da tomada de decisão (ROBINSON, 2001). Este artigo identifica e descreve a organização da interação de duas práticas que médicos e pacientes usaram para negociar o processo entre o propósito do encontro e a finalização. Foram analisados 48 registros por áudio e vídeo, coletados a partir de consultas de sete médicos, em sete clínicas comunitárias diferentes. O estudo utilizou o método de análise conversacional (AC) no qual são tomadas interações naturais registradas em áudio e vídeo, descrevendo-se indutivamente as normas e regras. Inclui-se ali a descrição dos procedimentos pelos quais as pessoas produzem seus próprios comportamentos, entendem e lidam com o comportamento dos outros. A idéia foi observar como as pessoas constroem e coordenam os turnos de fala, corrigem problemas, desenvolvem a escuta e a compreensão e executam ações e atividades. A primeira forma de fechamento da consulta se caracteriza por uma seqüência de falas dos médicos que pretendem programar as ações posteriores à consulta. A seqüência é composta de duas falas: uma primeira fala do médico, em que ele se refere a ações a serem realizadas após a consulta, por exemplo: a programação do próximo encontro ou anúncio de eventos que vão ou deverão acontecer antes do fim da consulta. Este é um modo de estabelecer um ambiente de finalização do encontro, com o objetivo de conseguir do paciente aceitação de orientações propostas. E, na segunda parte, o médico pede uma reconfirmação da aceitação prévia. A outra forma de finalização utilizada é chamada de “queixa final”, na qual o médico pergunta se há uma queixa final. O médico pode usar uma forma exasperada de falar, uma pergunta negativa ou uma comunicação não-verbal que desestimula a apresentação de possíveis novas queixas. A primeira forma dificulta que o paciente expresse uma nova queixa em decorrência da condição conversacional em que

ele deve competir com o propósito da finalização, para que possa tratar da nova ou última queixa. Na segunda opção, há uma chance maior de expressar suas queixas, já que tem de responder claramente uma pergunta relativa ao fato específico. Cada um dos modos implica em conseqüências diferentes e a segunda opção mantém o paciente em condição mais ativa.

Profissionais da área da lingüística têm desenvolvido estudos com características semelhantes a estes citados anteriormente. Um primeiro estudo (MARTINE, 1988) foi realizado objetivando examinar os determinantes sociais do discurso, assim como seus efeitos na condução dessa interação específica. Procurou-se determinar como e até que ponto o discurso médico sustenta ou transforma os significados. O material analisado consistiu de gravações em áudio e em vídeo realizadas sem o conhecimento direto dos sujeitos em diversas situações. Constatou-se que, no discurso médico, as posições sociais e as convenções dominantes parecem não ser passivamente ocupadas, desestruturam-se e reestruturam-se contribuindo para a transformação da relação médico-paciente. A autora considera como importante e válida a construção de programas de treinamento, incluindo quatro tópicos: atenção, envolvimento, interpretação e encaminhamento.

Um outro estudo (SILVEIRA, 1993), também de origem na lingüística, teve como base episódios de consultas ambulatoriais em pediatria. Pôde-se afirmar que os médicos usam de estratégias verbais e não-verbais, cujo objetivo é aproximar-se dos pacientes. Estes recursos conduzem ao apagamento discursivo ou seja, uma negação da diferença na relação e consiste em falas do médico com conteúdo pessoal, positivo, fazendo uso de diminutivos.

A autora constatou que, apesar de ser uma estratégia de aproximação, estas constituem formas de firmar o poder já existente. O médico mantém o controle da conversação e decide romper o roteiro da consulta.

É importante assinalar que os dois últimos estudos, realizados no Brasil, conjugam à microanálise bases teóricas crítico-estruturalistas referindo autores da filosofia clássica, articulação que não se observa para os estudos de origem anglo-saxã anteriormente apresentados.

Ao longo desta revisão, pode-se constatar que a produção contemporânea sobre a relação/comunicação/interação médico-paciente foi desenvolvida, em muitos exemplos, valorizando os aspectos empíricos, sem maior ênfase em proposições teóricas. Barry et al. (2001) publicaram estudo que constitui uma exceção a este padrão, tratando especificamente de prescrição de medicamentos e tomando como base a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, desenvolvida na área da saúde principalmente por Mischler. Esta concepção considera que o sistema científico, ou a consciência tecnocrática, coloniza o “mundo da vida” e isto impossibilita o real relato do paciente sobre sua história. Mischler (*apud* BARRY et al., 2001) explica que uma consulta padrão mostra-se aparentemente coerente e fluente, embora os significados sejam fragmentados por freqüentes interrupções, falta de reconhecimento das respostas e troca aleatória dos temas. O médico exerce o controle tanto no início quanto no fim de cada diálogo, tornando impossível para o paciente manter o fluxo da conversa.

Estes autores analisaram um conjunto de 35 pré-consultas, consultas e pós-consultas de 20 médicos. A coleta avaliou expectativas e percepções do paciente anteriores à consulta, relacionando-as ao comportamento do médico e do paciente e descrevendo as conseqüências com relação à medicação prescrita. Buscava-se saber, antes da consulta, se o paciente solicitaria do médico uma prescrição e, se sim, que tipo de medicamento, visando a quais efeitos. A análise possibilitou a identificação de quatro padrões de comunicação dependendo de como a “voz da medicina” e a “voz do mundo da vida” (que seria o paciente) foi usada e por quem. O primeiro padrão é o padrão estritamente médico. Em onze consultas, médicos e paciente falaram exclusivamente a “voz da medicina”. Uma alternativa é o “padrão mundo da vida impedido” no qual tentativas de abordar aspectos do mundo da vida foram combatidos pelo médico usando questões controladoras, observado em oito consultas. O terceiro padrão é intitulado “mundo da vida ignorado”. Neste padrão, observado em sete consultas, “o mundo da vida” foi tratado em uma boa parte da consulta, mas o médico ignorou tal padrão desenvolvido pelo paciente e conduziu a consulta exclusivamente na voz da medicina. O último padrão consiste no “mundo da vida mútuo” em que médico e paciente usaram

predominantemente a “voz do mundo da vida”. Este padrão foi observado em nove consultas.

Aprofundando a análise, os autores destacam que quase metade das consultas analisadas mostraram padrões que se aproximam daqueles concebidos por Habermas. Ao mesmo tempo, reconhecem a possibilidade de um padrão que não ocorreu, aquele em que o médico traz “o mundo da vida” para um paciente que se centra na medicina.

Esta análise leva os autores a considerarem que, dependendo da condição do paciente, este se satisfaz com a consulta estritamente médica. Um problema encontrado foi com os pacientes crônicos, quando “o mundo da vida” foi ignorado ou quando foi bloqueado, causando menor efetividade em termos de resultados. O padrão considerado mais problemático ocorreu quando “o mundo da vida” foi ignorado pelo médico e o paciente tentava resistir à proposta do médico, repetindo a questão que lhe parecia importante. Foi observado que os médicos mostram-se mais disponíveis para ouvir “o mundo da vida” quando se trata de queixas psicológicas. Quando se trata de queixas físicas, não consideram a necessidade de abordá-lo. Os autores indicam que a formação dos médicos deve ser revista como uma alternativa para as mudanças necessárias.

Os estudos apresentados como o conjunto produzido a partir de demandas dos serviços compreendem a relação médico-paciente principalmente nos aspectos da comunicação verbal e submetida a estas influências. O estudo de Carmel & Glick (1996) amplia a compreensão da relação médico-paciente como um produto de fatores anteriores e estruturais. Os autores apresentam como objetivo examinar diferenças nas características pessoais dos médicos e fatores no nível de organização do trabalho que promovem ou inibem o comportamento de compaixão e empatia por parte do médico com relação aos pacientes. Observou-se que, apesar de aspectos da relação médico-paciente serem considerados importantes desde a formação acadêmica, estes não fazem parte de programas de promoção e incentivo na prática profissional; em consequência, avalia-se a produtividade sem considerar a qualidade do serviço prestado.

Para atingir tal objetivo, qual seja avaliar a qualidade do serviço, um estudo em contexto hospitalar foi realizado. Dois momentos foram privilegiados: no primeiro, foi distribuído aos médicos um questionário em que estava explícita a definição do médico

compassivo e empático e era solicitado ao paciente que listasse cinco residentes e cinco médicos assistentes que mais correspondessem a este perfil. A partir das respostas foram identificados os médicos que correspondiam ao perfil apresentado. Após seis meses, foi distribuído um outro questionário no qual constavam características sociodemográficas e profissionais, características de personalidade e de orientação social aos pacientes, qualidades percebidas como definidoras de um bom médico, características do trabalho, da organização do trabalho e de políticas de incentivo, satisfação e desgaste psicológico.

Os resultados indicaram que os médicos considerados compassivos e empáticos são os mais jovens e com menos tempo de profissão. A análise de variância encontrou uma associação linear entre os médicos considerados compassivos e empáticos e os que se apresentaram com atitudes pró-sociais. Os médicos que conquistaram escores altos ou baixos em relação a empatia e compassividade têm maiores escores em auto-estima do que os que estão no grupo com escores médios. O perfil construído por este grupo (médico compassivo e empático) é o de uma pessoa com elevada auto-estima, com potencial para empatia cognitiva, à vontade em situações emocionais delicadas, com atitudes pró-sociais e não estereotipadas com relação aos pacientes. Estes médicos investem mais horas por dia em suas atividades apesar de não se distinguirem do grupo com relação à satisfação no trabalho. Experimentam maior insatisfação que os outros médicos relativamente à divisão do tempo, ao equipamento disponível no hospital, como também relatam exaustão emocional, insatisfação e indiferença dirigida aos pacientes.

A partir deste cenário extraído de estudos empíricos, pode-se observar certas tendências referentes às estratégias metodológicas. A questão tem sido objeto de análise de alguns autores. Boon & Stewart (1998) apresentaram um artigo de revisão no qual comparam 44 instrumentos usados entre 1986 e 1996 para avaliar a interação médico-paciente. Os autores entendem que o volume de estudos realizados deveria favorecer afirmações mais fundamentadas sobre a realidade; entretanto, esta pretensão não é facilmente alcançada porque são muitos e diferentes os instrumentos de avaliação, utilizam um grande número de variáveis e conceitos a serem avaliados, são múltiplas as variáveis de resultados, como também são díspares as definições de boa comunicação e diversos os propósitos dos estudos. Ao mesmo tempo, reconhecem que estudos

longitudinais precisariam ser feitos, assim como estudos de intervenção para que fosse avaliado o quanto estratégias de aprendizagem influem no comportamento dos médicos, as repercussões destas sobre os pacientes e o desenvolvimento de instrumentos para mensurar a qualidade da interação interpessoal. A partir desta revisão, pode-se dimensionar a variedade de instrumentos e a forte adesão a instrumentos de análise de interações em tempo real.

Uma das propostas de análise referidas por Boon & Stewart (1998) e também referidas por outros autores é a análise conversacional (já utilizada por Robinson, conforme referido anteriormente). Trata-se de um método observacional para análise das interações, baseado na sociologia e na lingüística. Os fundamentos desta estratégia consideram que as práticas comunicacionais são empregadas pelos participantes buscando reconhecer os significados das ações e interpretar as ações dos outros. Para a análise conversacional, torna-se muito importante a noção do desenho das tomadas de turnos (isto é, trocas entre os interlocutores em um diálogo) dos envolvidos na conversação.

Além disto, três aspectos são enfatizados: i) são consideradas ações sociais qualquer verbalização e muitos aspectos do comportamento não-verbal; ii) estas pequenas expressões verbais/ações são interligadas entre si formando seqüências, sua análise possibilita a compreensão da dinâmica da interação e mostram como estas seqüências foram construídas; iii) estas seqüências mostram padrões estáveis que devem ser identificados.

Drew, Chatwin, Collins (2001) afirmam que a análise conversacional se diferencia de propostas que constroem figuras estáticas produzidas por técnicas que envolvem codificação de comportamentos e agregados estatísticos de frequências relativas de eventos codificados. Por outro lado, a pesquisa em análise conversacional é capaz de mostrar que o tipo de escolha que os médicos fazem e o modo como o fazem, designando a posição que assumem na relação, trazem conseqüências para o que os pacientes dirão e farão, e inclusive para a participação destes durante a consulta e o tratamento.

Como apresentado na introdução deste capítulo, as instituições de formação médicas têm demonstrado crescente interesse a respeito da relação médico-paciente. Esta produção talvez seja entre todas as apresentadas anteriormente a que se mostra mais



desafiada a demonstrar sua eficácia. Considerando que a realidade da saúde, e especificamente da medicina, exige mudanças, em 1992, a Organização Mundial da Saúde apresentou uma agenda com as diretrizes desta mudança (BOELEN, 1992). Entre elas, encontram-se várias considerações que incluem aspectos das relações humanas. Tem sido claramente afirmado que a medicina sempre esteve envolvida principalmente com pessoas e que, para realizar uma prática efetiva, os médicos de todas as especialidades devem desenvolver habilidades para se comunicar (TOSTESON, 1990).

Pode-se, portanto, dimensionar o desafio e o modo como este está sendo compreendido por instituições que buscam realizar estratégias de formação em torno da relação médico-paciente, particularmente no que se refere às habilidades comunicacionais.

Diante desta realidade, os centros formadores mobilizam-se em diversas frentes. A Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard estruturou um projeto que possibilita ao aluno três alternativas diferentes de formação: uma proposta nova, o curso de medicina tradicional, e um programa tecnológico nas ciências da saúde. A chamada proposta nova aprofunda a formação em humanidades.

Uma outra proposta de intervenção sobre a relação médico-paciente são os chamados grupos Balint (1988). Estes grupos reúnem oito médicos em três períodos de 12 encontros por ano. Os encontros são acompanhados por um psiquiatra e um psicólogo que têm como objetivo ajudar os médicos a desenvolverem sua sensibilidade de observação sobre o relato do paciente e o processo terapêutico em curso. Os grupos pretendem que os médicos reconheçam seus padrões automáticos de escuta, registro e intervenção diante da queixa do paciente e, a partir daí, modifiquem suas práticas.

Tendo como base a proposta de Balint, Runia & Nijenhuis (1995) realizaram um trabalho de grupo com médicos. Estes autores reconheceram que freqüentemente a relação médico-paciente se constitui sob um padrão de dependência, considerado como favorecido pelos médicos, já que sua formação incentiva a admiração e a indispensabilidade. Funcionando como um espelho, o grupo propiciou a reprodução das relações com os pacientes.

Na mesma perspectiva do aperfeiçoamento, Cassel (1985) publicou dois volumes em que apresenta teoria e técnica para intervenção sobre a relação médico-paciente. Este

autor acredita que a linguagem é a forma do paciente singularizar sua queixa e esta deve ser compreendida em profundidade.

Ampliando a possibilidade de formação não somente dos médicos mas também dos pacientes, Roter & Hall (1993) publicaram um texto que tanto apresenta aspectos teóricos como constitui-se numa revisão de estudos. Para estas autoras, o potencial terapêutico da medicina pode ser ampliado com o aprimoramento da relação médico-paciente; isto exige trabalho porque é reconhecido que as experiências anteriores e a cultura influenciam os padrões da relação médico-paciente e que cada membro da relação pode transformá-la; porém os efeitos dos trabalhos sobre ambos são significativamente maiores.

Com o avanço das discussões em torno de tais abordagens, as propostas de operacionalização das habilidades de comunicação envolvidas na relação médico-paciente foram se tornando mais objetivas. O texto produzido por Silverman, Kurtz e Draper (1998) é um programa de aperfeiçoamento que discute desde o quê ensinar com relação às habilidades de comunicação e perpassa toda a estrutura da consulta médica.

Como comentado anteriormente, esta produção desenvolvida a partir dos serviços tem sido aperfeiçoada tecnicamente, embora não adote fundamentações teóricas específicas. O próximo exemplo trata de uma proposta desenvolvida por Good & Good que se diferencia deste padrão (1981).

Good & Good (1981) propuseram um modelo hermenêutico para a prática clínica. Os autores partem da seguinte premissa: a prática clínica comumente se baseia na decodificação de *illness* em *disease* e destas em estratégias de tratamento. Este raciocínio é superficial com relação a informações sociais e culturais. Os sintomas estão inseridos em e pertencem a realidades sociais e culturais dos pacientes.

Diante desta compreensão, os autores propõem uma prática clínica centrada no significado. Para isso, afirmam que as doenças são realidades semânticas com bases biológicas. Na medida em que provêm de uma experiência humana, são preenchidas de significado. Tudo que se passa na consulta médica ou no encontro clínico é objeto de interpretação. Para favorecer que o médico compreenda seu trabalho como um trabalho interpretativo, os autores desenvolvem um seminário para que o médico aperfeiçoe sua capacidade de distinguir a doença experimentada e relatada pelo paciente e a patologia

descrita pela biomedicina. Do mesmo modo, é encorajado a incentivar a elaboração de dúvidas e perguntas por parte do paciente, estimulado a elaborar modelos explicativos dos pacientes e suas famílias e analisar os conflitos entre estes modelos e a biomedicina. Por último, deve construir estratégias de negociação para aproximação dos sistemas de interpretação visando a uma compreensão do paciente que favoreça o tratamento e obtenha resultados positivos.

O trabalho realizado por Goulart (1998) enfatiza um aspecto da formação compreendida na transição para a vida profissional. A autora analisa a percepção das mães atendidas em um ambulatório universitário de pediatria sobre os padrões de relação médico-paciente antes e depois da colação de grau em medicina. Com este objetivo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 26 mães em seus domicílios. O roteiro de entrevistas pesquisava a relação com o Centro de Saúde, a escolha do médico, a consulta com o estudante como forma de atendimento, a relação médico-paciente com o estudante e o médico formado, e as expectativas quanto à consulta e o processo de formação do profissional médico. Para melhor compreensão do contexto de atendimento, foram feitas observações, entrevistas informais com os estudantes e respondidos 69 questionários, com objetivo de caracterizá-los. As mães parecem ter desenvolvido um vínculo com a instituição universitária ao tempo em que valorizaram a experiência dos alunos. Estas entrevistadas afirmam que, enquanto são estudantes, o atendimento é mais próximo, personalizado, afetuoso, e a escuta e o diálogo são favorecidos.

A avaliação da literatura pertinente aqui apresentada indica que o volume desta produção não garante profundidade com relação ao objeto. Além disso, considerando as perspectivas metodológicas, pode-se afirmar que com poucas exceções estas são baseadas em *check-lists* construídos com a finalidade limitada de elaborar tipologias.

Assumi-se como um desafio para este estudo construir um objeto que, referindo-se à relação médico-paciente, compreendesse as influências do contexto principalmente sobre o conteúdo da relação e aprofundasse a riqueza das mesmas, tendo como referência principal a comunicação verbal como eixo de constituição desta relação. Diante de tal premissa, foram concebidos dois percursos reflexivos. Um primeiro que objetiva o aprofundamento dos conceitos de relação e termos associados, e o segundo que busca

compreender a relação médico-paciente como resultante do seu contexto, ambos visando a construir o objeto deste estudo.

## II. O Conceito de relação

---

A partir do cenário apresentado no capítulo “*A relação médico-paciente — estado da arte*” foi possível reconhecer que: i) o termo relação é utilizado sob diversos significados que não têm sido acompanhados de uma análise conceitual; ii) os estudos exploram principalmente aspectos relacionados à frequência de elementos destacados, mas não são investigados forma e significado dos aspectos explorados. Os estudos sobre o tema agrupam-se em dois modelos teórico-metodológicos: a) modelos caracteristicamente críticos oriundos das ciências sociais em saúde; b) modelos que, sob forte influência positivista, pretendem servir de base para mudanças nos serviços, favorecendo a estruturação de programas de ensino e estabelecimentos de novas práticas.

O estudo das relações em geral é objeto de diversas áreas e disciplinas do conhecimento e isto faz com que sejam operacionalizados em torno deste tema múltiplos conceitos. Neste capítulo pretende-se apresentar uma análise conceitual do termo relação, caracterizando a diversidade como vem sendo utilizado.

A análise conceitual aqui proposta estrutura-se a partir de contribuições da psicologia, da lingüística pragmática e das humanidades/ciências sociais em saúde. Especificamente da psicologia foi tomada a abordagem etológica<sup>1</sup>, que tem o conceito relação como fundamental, e a abordagem ecológica do desenvolvimento, que toma as relações como condições nucleares e articula-as com aspectos da pessoa e do contexto (BRONFENBRENNER, 1996; BRONFENBRENNER & MORIS, 1998). A lingüística pragmática busca compreender os sistemas conceituais e as “condições de adequação dos atos de fala aos seus contextos de ocorrência” (VAN DIJK, 1999, p. 74). Os autores vinculados às humanidades em saúde tem sua origem tanto no campo das ciências sociais como na filosofia, vinculando-se à discussão da própria relação médico-paciente. Por isso,

---

<sup>1</sup> “Etologia: estudo comparativo do comportamento; é a disciplina que aplica ao comportamento animal e humano todas as metodologias e todas aquelas perguntas feitas nos outros ramos da Biologia, desde Charles Darwin (LORENZ, 1995, p. 17). Ao dedicar-se ao estudo das complexidades inerentes a cada espécie e, conseqüentemente, os seus processos adaptativos, a etologia destaca as relações como tema estrutural.

implícita ou explicitamente, elaboraram um conceito de relação e contribuições críticas sobre a questão.

Tomando como ponto de partida a etologia, serão apresentados alguns conceitos de base, deste ramo da ciência biológica. Hinde (1979), autor de origem inglesa, tem sua formação vinculada às ciências biológicas. Ele defendia a construção de uma ciência das relações justificando que muitas áreas têm as relações como objetos periféricos, quando são em verdade centrais, para suas concepções. Tal conceito de relação “implica em alguma forma de interação intermitente entre duas pessoas envolvendo trocas em um período extenso. As trocas têm algum grau de mutualidade e a compreensão de que cada um na relação observa o comportamento do outro” (HINDE, 1979, p. 14). Assim, uma relação é composta por unidades interativas.

A diferença entre interação e relação encontra-se no fato de que, numa relação, as interações são afetadas pelo passado e podem afetar o futuro. A relação implica necessariamente constituição de vínculo. Esta definição de relação valoriza a dimensão temporal tanto na sua constituição como na sua sobrevivência. As relações não são seqüências de interações atuais, pontuais, mas um padrão potencial que se definirá dependendo dos eventos futuros. A condição potencial da relação sofre a influência do que os parceiros pensam sobre as interações vivenciadas constituindo-se as relações não somente da dimensão comportamental propriamente dita mas dos aspectos cognitivos e afetivos envolvidos.

Nesta perspectiva, diferencia-se a relação como o que ocorre entre os envolvidos, em contraste com o comportamento de um sujeito *dirigido ao outro*. Por isso é possível afirmar que as pessoas não são as mesmas em todas as relações. Como as pessoas são dependentes da relação em que estão envolvidas. Existe um grau de consistência longitudinal em uma relação que perpassa situações, sofrendo variações a depender do outro membro da díade em questão.

Além dos aspectos comportamentais, cognitivos e afetivos, reconhece-se que as relações envolvem não somente conteúdos, descritos a partir dos comportamentos, como também efeitos, funções e contextos. Ao afirmar que as relações possuem algum nível de consistência longitudinal perpassando as situações compreende-se a existência de padrões.

A existência de padrões nas relações indicam que estas não ocorrem no vazio, mas são influenciadas pelos grupos de origem dos seus membros, como também, pelo contexto onde ocorrem que é eminentemente social, portanto composto de sistemas de interação em vários níveis. A compreensão da complexidade dos relacionamentos favorece o argumento de Hinde (1979) sobre os elementos que compõem tal complexidade, por exemplo, a distinção entre relacionamentos pessoais e formais. Admite-se portanto que, em certas situações, as relações se dão entre categorias de pessoas, pois “o comportamento é determinado pela experiência prévia dos indivíduos na mesma categoria, e em parte pelo conhecimento adquirido de outras formas a respeito do comportamento característico das pessoas ocupando aquelas posições na sociedade” (HINDE, 1979, p. 37).

Na relação médico-paciente a complexidade comentada por Hinde (1979) é facilmente observada. Os pacientes possuem experiências de relações em torno de questões da saúde em diversos contextos, que poderiam ser nomeados formais-institucionais e leigos-familiares. As relações institucionais, que se dão com profissionais de saúde, favorecem a formação de padrões, mas também deixam hiatos propiciadores de emergência de novos conteúdos, qualidades e conseqüentemente padrões.

Explorando as propriedades reconhecidas nas díades em geral, é importante tratar do poder, especificamente das diferenças entre os membros envolvidos na relação médico-paciente. Não se pode desvalorizar as críticas e os estudos que mostram como o poder é usado inadequadamente nesta relação. Entretanto, pode-se observar que as relações podem ser favorecedoras de mudanças cognitivas. Na medida em que idéias vão sendo partilhadas, é possível que se construa para os membros da díade novas realidades e que sejam assimilados novos conceitos. A relação médico-paciente pode ser um cenário favorável para isto.

Ao falar da partilha de idéias, enfatiza-se mais uma vez a relação como observável a partir da comunicação verbal. Para um autor como Hinde, oriundo da etologia, a comunicação é uma dimensão da relação. A relação é composta por todas as suas dimensões observáveis. Esta compreensão é bastante importante para a relação médico-paciente porque apesar da comunicação ser essencial, o médico necessita de informações, algumas das quais possibilitadas pelo exame físico. Além disso, mesmo quando o paciente

se encontra impossibilitado de exercer a comunicação, aspectos cruciais da relação se constituem ou continuam sendo partilhados.

A perspectiva teórica de Hinde admite um enfoque dialético ao enfatizar a influência dos vários níveis da complexidade social que repercutem nas relações. Se já era considerado que o comportamento é afetado pelas experiências anteriores, neste texto fica esclarecido que este passado é constituído de processos interrelacionais complexos em contínua criação através das relações dialéticas entre os níveis sociais (HINDE, 1987). O que Hinde chama de níveis sociais são as interações, as relações e os grupos.

Neste segundo momento, o autor explicita claramente seu entendimento que “o que um indivíduo faz em cada ocasião depende da sua avaliação das expectativas sobre a interação em que está envolvido ou a relação em que faz parte” como também as normas, os direitos, as punições apropriadas às pessoas que desempenham os diferentes papéis. A estrutura do grupo, suas relações e interações afetam e são afetadas pela estrutura sociocultural (HINDE, 1987, p. 25-6). Estas influências são tão importantes que explicitam a limitação de se analisar uma relação somente no nível social-diádico desprezando o grupo e as instituições nos quais estas estão envolvidas.

A afirmação da existência de padrões nas relações articula a proposta apresentada por Hinde (1979, 1987) com uma corrente da Linguística Pragmática. Com base nesta abordagem, argumenta-se que as pessoas não são capazes de compreender um ato de fala somente pela compreensão semântica do enunciado.

A compreensão dos enunciados está condicionada à inserção dos atos de fala em sistemas conceituais que podem ser explicados em termos de *frames*. Os *frames* são unidades de conhecimento organizadas segundo um certo conceito. Considera-se que os *frames* possibilitam que os atos de fala sejam compreendidos e compartilhados pela comunidade usuária da língua. De forma bastante complexa, estão inseridas nos *frames* informações que possibilitam a atribuição à sentença de uma certa força ilocutória. Estas informações já estão armazenadas ou a partir do que está armazenado com o que pode ser inferido na situação se constrói um modo de corresponder ao próprio ato de fala. O que ocorre é um contínuo processo de análise textual e contextual que é possível pela



existência de *frames* já assimilados pelas pessoas envolvidas na interação (VAN DIJK, 1999).

A construção dos *frames* compreende a elaboração de esquemas, o que tem sido traduzido por esquematização. Para clarificar este processo, Bruner (1997, p. 54) afirma: “a esquematização fornece um meio para construir um mundo, caracterizar seu fluxo, segmentar eventos dentro desse mundo”, sendo a narrativa a forma típica da esquematização das experiências.

Com a ajuda destas conceituações pode-se afirmar que as relações são formuladoras de *frames* e, sendo assim, as pessoas, ao saberem com quem compõem uma díade, já pressupõem *frames* que favorecerão ou não o estabelecimento e o desenrolar da relação. A relação médico-paciente está portanto subordinada, tanto para o médico quanto para o paciente, a *frames* e atos de fala estabelecidos pela história e pela cultura. Estes atos de fala garantem que se possa compreender e se comportar correspondendo a um propósito.

Esta compreensão do processo de esquematização possibilita aprofundar que as relações não são estruturas somente entre as pessoas mas entre as instituições que as pessoas representam. Ao se dirigir a um médico, o paciente estaria se dirigindo ao substrato de todos os médicos com quem já teve contato e, se não teve contato anterior, remete-se à imagem que lhe foi transmitida pelos pares e que possibilitou construir a necessidade de saúde. Por esta proposição, as interações intermitentes constituidoras das relações, como fala Hinde (1979), são ampliadas das pessoas para as instituições as quais estão em contato e, assim, a ocorrência de interações “institucionais” se somam e solidificam os possíveis *scripts*.

Os conceitos de *frame* e de *script* permitem destacar a importância do contexto no processamento de informação e conseqüentemente da interação ou da relação que se constitui. O *script* trata das situações cotidianas estilizadas, é “uma estrutura que descreve as seqüências adequadas de eventos em um contexto particular. Um *script* é constituído de lugares e de requisitos necessários sobre o que pode preencher estes lugares” (STERNBERG, 2000, p. 187). Por exemplo, entre um professor e um aluno, uma mãe e um

filho, um vendedor e um comprador, o lugar onde estão, a condição em que se encontram são estabelecadores do *script* de cada relação.

Na mesma perspectiva, distinguindo elementos ou situações que são condicionantes e mantenedoras de padrões nas relações, deve-se citar o conceito de papel, de grande importância na Teoria Funcionalista. O papel diz respeito a um desempenho geral verbal, motor e afetivo. Em cada díade, dependendo da posição que se esteja ocupando, se prevê comportamentos verbais e não verbais. A previsão destes comportamentos possibilita a constituição dos papéis. Na Sociologia da Saúde, o principal propulsor do conceito de papéis foi Talcott Parsons (1975). Este autor definiu os papéis de médico e paciente na sua teoria do *sick role*. Para ele, as diferenças entre esses papéis estariam definidas pelas expectativas sociais sobre os papéis, os quais, evidenciam a condição de relação assimétrica.

Articulando os vários níveis da complexidade social propostos por Hinde (1987) com a teoria dos papéis sociais, é possível tratar do conceito de relação tal como proposto por Bronfenbrenner (1996). Na abordagem ecológica, o desenvolvimento humano é influenciado por relações imediatas e por outros níveis de influência que podem incluir os membros imediatos da relação.

Para Bronfenbrenner (1996, p. 46), “sempre que uma pessoa em um ambiente presta atenção às atividades de outra pessoa, ou dela participa, existe uma relação”. A relação partilhada pelos dois membros constitui uma díade. O autor define três tipos de díade: i) díade observacional: quando o membro presta cuidadosa atenção à atividade do outro; ii) díade de atividade conjunta: quando os dois participantes se percebem fazendo algo conjuntamente e iii) díade primária: quando a díade continua a existir fenomenologicamente para seus membros independente da presença física.

Enquanto para Hinde (1979, 1987) a constituição de uma relação advém de interações intermitentes enfatizando os elementos de continuidade, especificamente tempo, e a constituição de padrões a partir deste, para Bronfenbrenner, uma relação é constituída pela presença física ou fenomenológica daqueles nela envolvidos. Pode-se afirmar que a compreensão proposta por Bronfenbrenner baseia-se em uma compreensão

primariamente vinculada ao espaço, embora incorporando as dimensões temporal, pessoal e processual.

Bronfenbrenner discute a importância dos papéis exercidos pelos membros de uma díade. Para ele, “um papel é uma série de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade e de outros em relação àquela pessoa” (1996, p. 68).

Bronfenbrenner reconhece que o comportamento está pautado por uma expectativa no que se refere a conteúdo, mas a relação entre as duas pessoas, uma relação diádica, possui propriedades características: grau de reciprocidade, equilíbrio do poder e qualidade afetiva. Nestas apresentações, parece que não se reconhece a possibilidade de singularidade entre as relações. Todos estariam somente desempenhando papéis. Na relação médico-paciente, por exemplo, supõe-se que o desempenhar do papel de médico consiste em atender o paciente, ouvir a queixa que o leva a procurá-lo, fazer perguntas, examinar, identificar procedimentos a serem realizados (medicamentosos, hábitos, exames) na tentativa de superação ou enfrentamento deste quadro.

Sendo assim, o paciente se dirige ao médico porque tem uma necessidade de saúde que considera que será resolvida ou combatida a partir da intervenção do médico, ele espera que o saber do médico modifique sua condição freqüentemente vinculada a um sofrimento (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES, 1996). O que seria uma expectativa relacionada ao papel do médico e circunscrita ao conteúdo a respeito do que o médico tem competência. Ao chegar ao encontro com o médico, ao explicitar a necessidade geradora da demanda daquele encontro, *os padrões diádicos*, conformados por: grau de reciprocidade, equilíbrio do poder e relação afetiva, passam a influenciar e nortear a relação que se constitui e que se manterá, espacial e temporalmente, para além daquele encontro.

O tema do poder e sua assimetria facilmente fazem incorporar à discussão autores vinculados às Ciências Sociais que tratam da relação médico-paciente.

Uma primeira discussão pode ser desencadeada pela contribuição apresentada por Clavreul (1983). Este autor, na linhagem de Leriche, Foucault e Canguilhem, afirma que a existência de uma consciência mórbida por parte dos paciente é o que provoca a busca do

médico. Este, por sua vez detentor do discurso da medicina, torna possível a identificação mórbida. “Não é uma tomada de consciência do interessado que permite a constituição do saber médico, é, ao contrário, a existência desse saber que permite a tomada de consciência” (1983, p. 45).

A medicina, na compreensão deste autor, pode prescindir do paciente porque este, ao indicar signos, não tem espaço para ocupar o lugar de demandante ou pedinte. Se o paciente tivesse condição para tanto, os destinos do tratamento seriam traçados a partir de sua opinião e isto não ocorre facilmente: “não se pode querer salvar ao mesmo tempo o discurso do médico e o discurso do paciente” (p. 48). Jorge (1983) afirma que, no limite, não existe relação médico-paciente, ou, como diz o próprio Clavreul, não existe relação médico-doente e sim relação instituição médica-doença. Assim, a proposta de Clavreul (1983) faz subsumir os papéis dando lugar às inscrições que demandam e respondem especificamente à doença e à instituição médica. Entretanto, ainda cabe perguntar a respeito da condição daqueles que ocupam os lugares em que a doença e a instituição médica se instalam.

As diferenças de concepções do paciente e do médico frente ao conjunto de fenômenos que levou o primeiro à busca de cuidado constituiu-se em objeto de interesse de Eisenberg (1981) e, posteriormente, Kleinman (1988). No capítulo anterior, estes autores foram referidos por operar distinções entre *illness*, *disease* e *sickness*.

Tratando das práticas em saúde no Brasil, e, conseqüentemente, das relações estabelecidas nestas práticas, Merhy (1997) afirma que, independentemente de estar no SUS ou em um serviço privado, o modelo liberal-privatista “coisificou” as relações trabalhador de saúde-usuário, reduzindo “o universo das necessidades e dos saberes a um processo sempre previsível e estruturado, tratando os agentes deste processo como não sujeitos e sim como meros cumpridores de rituais” (p. 119). Mesmo para os médicos que estão buscando o dinheiro que receberão em troca, este projeto gera alienação, os sujeitos envolvidos são cumpridores de rituais, o médico se desumaniza, se fetichiza.

O usuário espera, de acordo com Merhy (1997), que o trabalhador de saúde interfira na forma de lidar com seus problemas, solucione seus obstáculos e o faça ter uma vida mais fácil, mais possível de ser resolvida por si mesmo, mais autônoma, expectativa

que esbarra na própria condição que um trabalhador alienado/fetichizado tem de desenvolver a autonomia.

O trabalhador de saúde, no caso, o médico, encontra-se em uma condição mais empobrecida ao desempenhar seu papel. Na medida em que as rotinas estão previstas, o seu saber, sua inteligência, sua capacidade de enfrentar-solucionar os problemas, sua criatividade, tendem à desqualificação.

Estas rotinas previamente elaboradas empobrecem a relação usuário-trabalhador e a forma do trabalhador compreender a vida cotidiana em toda sua complexidade. Para o autor, a compreensão complexa da vida cotidiana é substituída pelo raciocínio nosológico. Pode-se pensar que, em algumas circunstâncias, nem o raciocínio nosológico é desenvolvido em sua completude.

A relação trabalhador de saúde-usuário, da forma como é compreendida por Merhy, pressupõe demandas que o usuário reconhece como de competência do trabalhador e, por isso, o papel que este pode assumir responderia a esta demanda. A forma ideal de responder a este papel estaria na direção de aumentar a competência do usuário, fazendo-o autônomo. Sendo assim, o desempenhar deste papel está inserido em uma demanda possível de ser dirigida pela existência de um *frame* e de um *script* construídos no passado. Existe um encontro em que o não-saber do usuário é superado pelo saber do trabalhador – no presente, e existiria um futuro no qual o usuário torna-se mais competente para enfrentar sua vida na ausência do trabalhador. Este percurso é compatível com a definição de díade primária proposta por Bronfenbrenner (1996).

Merhy (1997) é mais radical do que Clavreul (1983) neste aspecto. Este último considera que não há relação médico-paciente, porque os membros desta díade existem enquanto instituição médica e doença; mas, para Merhy, nem a instituição médica existe em profundidade e complexidade, já que as rotinas desempenhadas pelo médico estão previamente estabelecidas e não necessariamente o são a partir dos princípios da medicina ou da saúde.

A solução proposta por Merhy está vinculada ao exercício e à transmissão do saber, saber que fortalece a condição de sujeito do paciente e o faz autônomo. Fazer de um

paciente sujeito, um sujeito autônomo, exige um trabalho, respeitando a sua singularidade e impede que se consolide o ato médico ritualizado, fetichizado, como denuncia Merhy.

A denúncia apresentada por Merhy distingue-se do que comumente se observa sobre a qualidade dos serviços de saúde porque analisa a situação focalizando não somente o usuário mas o trabalhador. A prática fetichizada, repetitiva, é indicadora de alienação por parte do usuário e do trabalhador. A condição na qual se desenvolve esta díade impossibilita a construção da autonomia do paciente.

Esta perspectiva possibilita uma ponte com as proposições de Paulo Freire (2000). O autor inicia o ensaio “A Sociedade Brasileira em Transição” afirmando que o conceito de relações é da esfera puramente humana. Distingue relações de contato, o que implica em compreender que o homem não apenas está *no* mundo mas *com* o mundo. Relações são marcadas por pluralidade, singularidade, criticidade, objetividade e transcendência, uma vez que, a cada situação, o homem tem um repertório diverso para enfrentar as demandas; ao mesmo tempo, este repertório é singular, como também o é a forma de avaliar (criticidade) a partir da construção objetiva. Além disso, se reafirma a possibilidade de transcender elementos de uma situação para outra.

Merhy e Paulo Freire se aproximam por afirmarem que o que se dá freqüentemente é a limitação das capacidades do homem pela instalação de práticas repetitivas. O homem, quando exerce as capacidades de transcender, discernir e dialogar, está exercitando as dimensões ou capacidades exclusivas do existir humano e garante o domínio daquilo que lhe é exclusivo: viver na história e na cultura. O sintoma da desumanização ocorre quando se estabelece a adaptação, a acomodação, o ajustamento instituindo visões absolutizadas de si mesmo e do mundo. Freire admite que o homem contemporâneo deve fortalecer suas funções intelectuais como uma forma de enfrentar este padrão desumanizado. Talvez as palavras que melhor sintetizem tal compreensão sejam:

Uma das grandes, se não a maior, tragédia do homem moderno, está em que é hoje dominado pela força dos mitos e comandado pela publicidade organizada, ideológica ou não, e por isso vem renunciando cada vez, sem o saber, à sua capacidade de decidir. Vem sendo expulso da órbita das decisões. As tarefas de seu tempo não são captadas pelo homem simples, mas a ele apresentadas por uma “elite” que as interpreta e lhes entrega em forma de receita, de prescrição a ser seguida. E, quando julga que se salva seguindo as prescrições, afoga-se no anonimato nivelador da massificação, sem esperança e sem fé, domesticado e

acomodado: já não é sujeito. Rebaixa-se a puro objeto. Coisifica-se. (FREIRE, 2000, p. 51-2).

O uso dos conceitos saber e autonomia, conforme Merhy, converge com Freire (1987), quando trata do processo de aprendizagem e descreve dois modelos: bancário e libertador. A idéia corresponde a uma relação em que o professor faz um depósito de conhecimentos no aluno e a segunda é a possibilidade em que o professor reconhece os saberes do aluno e facilita para que estes sejam produtores de novos saberes e de autonomia. Na primeira possibilidade se garante a ocorrência de comunicação como processo de compreensão, de assimilação; na segunda, espera-se que se estabeleça, além da comunicação e da assimilação, o desenvolvimento de autonomia em decorrência das novas competências. Isto faz com que o processo de comunicação se distinga: o primeiro é um processo discursivo e o segundo um processo dialógico.

Transpondo estas idéias para a relação médico-paciente, pode-se considerar que existiria um médico que tem o saber e aplica este saber sobre o paciente. Essa prática é expositiva, discursiva, não é dialógica. E existiria o médico libertário, que tem um saber, mas reconhece o saber do paciente que, ao falar sobre si, detém um conteúdo que faz diferença para a compreensão do quadro em que é solicitado ao médico intervir.

A idéia de dialogia de Paulo Freire remete ao trabalho de Martin Buber. Este autor, de origem judaica, estabelece um intenso diálogo com a obra de Kierkegaard e esteve muito preocupado e ativo na tentativa de influenciar as relações entre judeus e palestinos no seu tempo.

Buber (1982), reconhecido como autor de uma filosofia das relações, propõe o conceito de comportamento dialógico, que consiste nos homens serem “um-para-com-o-outro”. O comportamento dialógico se dá no domínio inter-humano e consiste na possibilidade dos membros de uma relação reconhecerem-se enquanto influenciadores mútuos. Esta condição prevê “que cada um dos dois se torne consciente do outro de tal forma que precisamente por isso assuma para com ele que não o considere e não o trate como seu objeto mas como seu parceiro num acontecimento da vida, mesmo que seja apenas uma luta de boxe”. É este o fator decisivo: o não ser objeto (p. 137-138). Buber (1982) enfatiza justamente que as relações se dão entre dois que se consideram parceiros.

Apesar de alguns autores se contraporem a esta idéia de “parceiros nas relações” na medida em que as diferenças de poder ou de compreensão da realidade impossibilitam sua efetivação, é importante considerar médico e paciente enquanto parceiros. Se o poder do médico está ameaçado pela necessidade de adesão como uma possibilidade e não como uma certeza, cabe pensar o médico como aquele que precisa constituir uma relação de parceria com o paciente. Com Buber, pode-se extrapolar e afirmar que a adesão não acontecerá se o médico não demonstrar que conta com a colaboração/participação do paciente.

Buber traz uma caracterização do ser humano que é interessante para esta discussão: ele diz que os homens se ligam e se reúnem na qualidade de pessoas ao mesmo tempo dependentes e independentes entre si. Esta ligação reconhece que, por mais que se dê a dominação nas relações, o homem, por sua capacidade de simbolização e de construção subjetiva, pode, em alguma instância, estar se contrapondo à relação em que, aparentemente, poderia se mostrar como subordinado.

O comportamento dialógico, para Buber, não se restringe a contatos em que estão inclusos elementos da linguagem verbal, como na referência a um jogo de boxe. Em uma luta de boxe se processa a linguagem não verbal e se garante a comunicação inter-humana. O que é tratado como influenciadores mútuos exige, entretanto, que os membros da díade se comuniquem, se reconheçam e, como é proposto por Buber, se compreendam.

Retomando os autores já citados, pode-se observar vários princípios orientadores para as concepções de relação apresentadas. Hinde traz o elemento tempo, os autores vinculados à lingüística pragmática (VAN DICK, 1999) enfatizam a importância de estruturas constantes e mantenedoras que favorecem a constituição das relações. Bronfenbrenner indica a importância da presença física ou fenomenológica permitindo a constituição imediata das relações. Os autores oriundos da área de saúde — Clavreul, Jorge, Kleinmam, Merhy — centraram suas análises em perspectivas do conteúdo. Estes reconhecem distinção importante entre os membros desta díade que, por questões de “formação” ou mesmo gerenciais, consideram a relação médico-paciente difícil de ser estabelecida. Paulo Freire é incluído buscando a transposição e, ao mesmo tempo que atesta uma relação médico-paciente que não valoriza o ser humano envolvido, indica que



a “solução” seria marcada pela prática da dialogia. Esta é igualmente a base para a teoria das relações elaboradas por Buber; a possibilidade de construção de relações se dá através do exercício do diálogo no qual os envolvidos reconhecem-se mutuamente.

A idéia de compreensão favorece a inclusão da proposta da Hermenêutica filosófica desenvolvida por Gadamer. A compreensão é uma alternativa questionadora das propostas de Clavreul (1983), Jorge (1983) e Kleinman (1988) quando apresentam a condição desigual em que se encontram os membros desta díade como impossibilidade para constituição de uma relação. Gadamer afirma que, enquanto seres históricos, os homens nunca esgotam a possibilidade de saberem-se. Este saber-se tem origem em um dado histórico prévio. Para nomear este dado ele recorre ao conceito aristotélico de substância<sup>2</sup>. A substância prefigura e delimita a possibilidade de compreender. Compreender é um processo ativo em que os homens buscam significados, interpretam.

A possibilidade de compreensão se dá de forma limitada porque o homem encontra-se *numa situação hermenêutica*, o que quer dizer inserido em um processo contínuo de compreensão. Deste conceito de situação hermenêutica decorre o conceito de horizonte: “o âmbito de visão que abarca e encerra tudo o que é visível a partir de um determinado ponto” (GADAMER, 1998, p. 452). O horizonte possibilita valorizar aquilo que não está próximo, possibilita aproximar-se de significados de conteúdos que são mais distantes. Cada pessoa tem seus pré-conceitos que são os significados dos seus conteúdos, o horizonte possibilita que se valorize outros significados.

Gadamer afirma a ocorrência de limites neste horizonte e cita especificamente o diálogo estabelecido entre médico e paciente: “Ocorre como no diálogo que mantemos com alguém com o único propósito de chegar a conhecê-lo, isto é, de termos uma idéia de sua posição e horizonte. Esse não é um verdadeiro diálogo; não se procura o entendimento sobre um tema, já que os conteúdos objetivos do diálogo não são mais que um meio para conhecer o horizonte do outro. Pense-se, por exemplo, numa situação de exame ou em determinadas formas de consultas médicas.” (p. 453).

---

<sup>2</sup> “Para Aristóteles, a substância é a categoria mais fundamental, sem a qual as outras não podem existir.” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1990).

O que o horizonte possibilita e o que Gadamer propõe é que, para compreender o outro, torna-se necessário um deslocamento em direção à situação do outro e, assim, “tornar-nos-emos conscientes de sua alteridade” (p. 456). Isto não se dá por uma simpatia, ocorre uma ascensão a uma particularidade superior na qual se rebaixa as particularidades dos envolvidos na relação.

O horizonte está em constante formação na medida em que sempre são confrontados os pré-conceitos — no sentido temporal de conceitos previamente elaborados e não de conceitos prévios. Daí pode-se derivar a categoria chave para a hermenêutica, que é o círculo hermenêutico, que consiste nesse deslocamento dos pré-conceitos de um em busca da aproximação aos conceitos do outro. Esse deslocamento compõe um círculo e torna-se possível porque os envolvidos no processo de compreensão reconhecem no outro condição suficiente para a tarefa envolvida, alteridade. E nesse reconhecimento buscam a compreensão como o objetivo do processo interpretativo.

Um debate travado na hermenêutica põe em questão o limite do processo interpretativo, a questão era definir quando a compreensão seria suficiente, satisfatória. Admite-se que a condição de construção de um horizonte entre seres históricos impossibilita a previsibilidade da finitude enquanto condição satisfatória do processo dialético de aproximação da compreensão. Torna-se necessário retomar que este processo é possível porque existe em comum entre aqueles que buscam na construção do horizonte comum a condição ontológica que possibilita o entendimento. Este entendimento acontece na linguagem que encontra-se sistematicamente perturbada e por isso demanda o processo de interpretação na busca da compreensão (SOARES, 1994; STEIN, 1987).

Este processo de construção da compreensão se dá em um processo relacional em que estamos inseridos pela capacidade de interpretantes que temos enquanto humanos, mas, já que se reconhece um processo dialético, implica o diálogo entre o eu e o outro. Stein (1987, P. 102) afirma: “A consciência de algo é, ao mesmo tempo, consciência de si e a consciência humana de maneira geral e só se sustenta e mantém sua unidade se constantemente se relaciona com conteúdos estranhos a ela.” A hermenêutica “estabelece uma relação entre lados separados e por isso sempre, ao mesmo tempo, une e separa” (p. 103).

Nesta perspectiva, a relação médico-paciente não se estabelece nem pela frequência de episódios geradores de padrões, como propõe Hinde (1979, 1987), nem pela presença física ou fenomenológica como propõe Bronfenbrenner (1996), e não deixaria de existir pelos sistemas explicativos que distinguem os papéis de médico e paciente, em diferentes condições de poder, como argumentam Kleinman e Clauvrel. Para Gadamer — e em certa medida para Freire e Buber — as relações implicam em um deslocamento do horizonte dos envolvidos ou daquele que quer compreender o horizonte do outro, a busca da compreensão entre as partes envolvidas garantida pela condição ontológica comum. A frequência de encontros ou a proximidade entre os membros da díade seria motivo para fortalecimento da relação mas não constitui condição para a sua ocorrência.

Tratando especificamente da relação médico-paciente, Gadamer (1996) mostra-se operacional. Nesta oportunidade ele defende que o primeiro e o último ato para o tratamento é a conversa. Esta, no ponto de vista de Gadamer, pode suprimir a distância entre ambos, o que não significa suprimir a diferença.

O diálogo que Gadamer propõe se caracteriza por ser o próprio orientador dos envolvidos e não ser submetido a nenhum destes dois. O diálogo possibilita despertar no paciente sua atividade interna que é chamada pelos médicos de colaboração.

Para este autor, “O que está em jogo na relação entre médico e paciente é o estado de alerta, que constitui um dever e uma possibilidade do homem, é a capacidade de captar bem a situação do instante, e de entender o homem com o qual se está frente a frente neste instante e responder-lhe como corresponde.” (GADAMER, 1996, p. 153). Esta forma de diálogo seria a conversa curativa. Esta conversa tem como meta restabelecer no paciente o fluxo da comunicação que se dá a partir das experiências e restabelecer os contatos<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Gadamer travou um grande debate com Habermas. A razão deste debate estaria relacionada à pretensão de universalidade da hermenêutica proposta por Gadamer e questionada por Habermas. Enquanto Habermas (1987) lança um outro ponto de discussão com Gadamer e que se mostra pertinente para este contexto, Habermas afirma que a razão humana não é somente capaz de acolher e responder o que lhe é estranho, mas que é capaz de recusar. Ao mesmo tempo, se faz necessário discutir o conteúdo compreendido no processo hermenêutico, não se garante que será usado com a finalidade de um entendimento entre os detentores da comunicação, sabe-se e é freqüente o uso deste objeto interpretado com uma finalidade instrumental. Para o uso instrumental ocorreu um processo interpretativo, admite-se a alteridade do outro, entretanto se fez um uso da *substância* em favor de uma das partes. Esta proposição de Habermas indica que as relações supõem adjetivação, adjetivação que possibilitaria

Ao final da discussão apresentada neste capítulo, pode-se afirmar que são inúmeras as propriedades estabelecidas das relações. Para tratar do médico e do paciente é adequado e “solucionador” que a relação não se estabeleça apenas submetida ao tempo, à proximidade física, nem seja impedida pelas diferenças entre os dois envolvidos, mas a relação se dá a partir da disponibilidade entre o médico e o paciente de viver o estar alerta proposto por Gadamer.

---

reconhecer que compreender o conteúdo trazido pelo outro, manter um diálogo com este outro pode ter inúmeras finalidades. Esta finalidade faz diferença. A título de exemplo poderia ser apresentada a proposição de Emanuel & Emanuel (1992). Estes autores, ao proporem quatro tipos-ideais de relação médico-paciente (paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo), indicam que o conteúdo assimilado pelo médico pode ter vários destinos. O que pode ser explorado de forma semelhante com relação ao paciente, que não tem sido analisado enquanto pólo poderoso mas que, ao não aderir às prescrições médicas, ou ao usar de sua condição de sujeito de direitos denunciando suas insatisfações, é facilmente reconhecido com tal.

# III. A Perspectiva Ecológica e o Programa de Saúde da Família

---

Intensifica-se na contemporaneidade o debate a respeito das formas comumente adotadas pelas ciências para compreender a realidade. Enfatiza-se a crítica de que os objetos construídos como analogias da realidade resultam muito limitados. A busca de objetos mais precisos tem levado à construção de objetos lineares, pontuais, estáticos, fragmentados. Conseqüentemente, as análises realizadas não têm conseguido responder satisfatoriamente aos problemas assumidos pela ciência, considerando-se que a realidade é complexa, multideterminada e processual.

As tentativas de conquista de uma apreensão mais fiel da realidade procedem de variadas origens e utilizam diversas analogias. Uma delas inspira-se na própria natureza e propõe modelos chamados, explicitamente ou não, ecológicos<sup>1</sup>. A origem da palavra ecologia é grega, *oikos* significa casa, lugar onde se vive. À primeira vista, a vinculação dos modelos científicos referidos aqui à ecologia parece bastante frágil. No entanto, o conceito de ecossistema, fundamental para esta ciência, evidencia tal vinculação. Ecossistema refere-se a uma entidade definida no espaço e no tempo, abrangendo não só todos os organismos que a habitam, mas também as condições físicas do clima e do solo, bem como todas as interações entre os diferentes organismos e entre estes e as condições físicas. (CASTRI, 1981, p. 7).

Trata-se de um conceito formulado sob a influência da Teoria Geral dos Sistemas, segundo a qual o *todo* representa mais do que a soma das partes, porquanto o essencial reside na interação dos elementos que o compõem (CASTRI, 1981). Observa-se, nestas definições, o combate ao mecanicismo e uma influência da Fenomenologia, por distinguir a composição do todo e por buscar apreendê-lo.

---

<sup>1</sup> Apesar de indicar inicialmente a natureza como fonte de inspiração para os modelos ecológicos, também há nas suas raízes sem dúvida uma fenomenologia: "visões de mundo contextualistas", o ato em contexto, a pessoa em contexto, a prática em contexto.

Sarriera (1998) aplica uma argumentação semelhante ao percurso da psicologia social-comunitária, apresentando diversas alternativas teóricas que pretendem superar os limites identificados nos objetos construídos sob a orientação de um positivismo estrito.

Aproximando-se da área da saúde, pano de fundo da discussão que se tenta propor neste trabalho, têm-se como exemplo a análise feita por Almeida Filho (1992) no âmbito da epidemiologia. O autor afirma a necessidade de “um novo paradigma, mais novo e compreensivo, caracterizado por teorias de causalidade mais sofisticadas, capazes de integrar conceitos *sistêmicos* e causas *interdependentes*” (p. 106)<sup>2</sup>, considerando ainda a historicidade do processo saúde-doença.

Almeida Filho ressalva, ainda, que este novo paradigma tem entre seus precursores “o modelo ecológico de doença em suas versões melhor fundamentadas” (1992, p. 113). A presença de um precursor e dos adjetivos *sistêmicos* e *interdependentes* atribuídos aos conceitos a serem utilizados no novo modelo favorece a que se continue chamando-os de ecológicos, e representa ainda possibilidades de vinculação com tentativas de superação de propostas positivistas.

A concepção ecológica na área de saúde possibilita a compreensão da saúde como um processo multideterminado, complexo e dinâmico. Tal compreensão exige a integração de diversas áreas do conhecimento e a elaboração de propostas de mudanças na disponibilidade e na prestação dos serviços de saúde. E, em última instância, propiciou a criação do campo da saúde coletiva.

Na psicologia, principalmente na área do desenvolvimento humano, a busca de explicações esteve por longo tempo polarizada entre as perspectivas inatistas e empiricistas. Esta discussão foi sendo paulatinamente superada por teorias ou abordagens interacionistas que aprofundam conceitos, tornando-os mais sensíveis ao contexto físico, social e cultural. No final da década de setenta, Bronfenbrenner apresentou os pressupostos da “Abordagem ecológica do desenvolvimento humano” (BRONFENBRENNER, 1979, 1996), buscando sistematizar um conjunto de princípios e

---

<sup>2</sup> Grifos nossos

oferecendo um enfoque metodológico capaz de fornecer explicações sensíveis sobre processos desenvolvimentais.

Como um dos marcos teóricos que dão suporte a este estudo, apresenta-se neste capítulo uma tentativa de integrar a abordagem da vigilância da saúde, tal como analisado por Paim & Teixeira, (1992) e Teixeira, Paim & Vilasbôas (1998) e a abordagem ecológica do desenvolvimento proposta por Bronfenbrenner (1979, 1996), antecedidas por uma perspectiva comum, a ecológica, cujos antecedentes filosóficos situam-se no contextualismo, no historicismo e na fenomenologia.

### **III.1. Construção de uma intersecção**

Uma primeira questão: por que articular vigilância da saúde com psicologia do desenvolvimento? A abordagem da vigilância da saúde pretende organizar as ações de saúde priorizando a ação sobre os riscos à saúde. Desse modo, enfatiza o papel do ambiente e as ações no cotidiano. Tal concepção se fortalece no contexto de um movimento intelectual latinoamericano que identifica claramente as condições de saúde da população com suas condições de vida. Daí nasce a preocupação com a construção de um modelo assistencial que “articulasse os conhecimentos e técnicas provenientes da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade” (TEIXEIRA, PAIM, & VILASBÔAS, 1998, p. 14). Pressupõe e reforça um modo de lidar com a saúde sob os princípios da prevenção de danos, enfatizando os aspectos saudáveis e buscando ampliá-los. Sendo assim, a disciplina e esta abordagem têm em comum a busca de entendimento do objeto interligado às ciências sociais, idéia presente nas duas propostas de articulação do homem com o ambiente e a condição de atividade e transformação da realidade.

Na psicologia contemporânea, o desenvolvimento humano é definido pela observação da mudança; esta mudança pode ser observada comparando indivíduos, analisando mecanismos desenvolvimentais na pessoa e o desenvolvimento das relações entre indivíduo e ambiente (ASENDORPF & VALSINER, 1992). Por mais que o registro de uma mudança se dê por uma afirmação, que seria o reconhecimento de uma estabilidade

diferenciadora da condição anterior, a psicologia do desenvolvimento toma o comportamento como um objeto processual. Pode-se, assim, identificar analogias significativas entre saúde e desenvolvimento.

Numa perspectiva vinculada à saúde, a psicologia do desenvolvimento se interessa pela observação das mudanças ocorridas ao longo da vida das pessoas. Os problemas de saúde são tomados por esta disciplina como oportunidades de desenvolvimento. Diante de um problema de saúde, o interesse da psicologia do desenvolvimento não é estritamente clínico; deseja-se observar a novidade psicológica diante das condições em que a pessoa se encontra, contribuindo e vivenciando o novo e contribuindo para sua realização, dentro de um tempo irreversível.

As compreensões mais recentes no campo da psicologia do desenvolvimento assumem uma perspectiva descritiva, em busca de uma compreensão relativista, dando importância ao fenômeno sem limitá-lo a critérios de avaliação previamente determinados. Esta tendência tem sido fundamentada pelo entendimento de que o mesmo ambiente, ou a mesma experiência, pode ter efeitos muito diferentes nas pessoas.

Pretende-se identificar aqui relações entre a abordagem da vigilância da saúde como orientação à reorganização das práticas de saúde e a psicologia do desenvolvimento, especificamente a abordagem ecológica proposta por Bronfenbrenner (1979, 1996): uma disciplina interessada pelos processos-possibilidades ao longo da vida. Em seguida, articula-se tais abordagens com o PSF, tomando-se, em especial, a relação médico-paciente. Com esta breve apresentação é possível reconhecer que a vigilância da saúde e a psicologia do desenvolvimento têm em comum o interesse pelos aspectos saudáveis da população, o reconhecimento de que a vida é repleta de transformações processuais e que estas se dão e são facilitadas pela atividade do sujeito. A bidirecionalidade desta relação manifesta-se na repercussão que o contexto exerce sobre ambos os elementos em pauta.



### **III.2. A abordagem da vigilância da saúde**

O processo saúde-doença, tal como entendido pela abordagem da vigilância da saúde, considera a saúde vinculada a uma gama extensa de determinantes sócio-ambientais a serem enfrentados pela superação de desigualdades (PAIM & TEIXEIRA, 1992 e TEIXEIRA, PAIM & VILASBÔAS, 1998). O processo de superação resultaria da articulação de intervenções sociais organizadas e políticas públicas transeitoriais que comporiam as ações de promoção da saúde. Em trabalho conjunto com diversos setores organizados, enfatizando a participação da população local, o setor saúde deve identificar e atuar sobre os riscos aos quais a população está submetida e os grupos de riscos para danos específicos à saúde. Os dois níveis anteriores pretendem distanciar a população da ocorrência de danos à saúde; a suspeita de danos como também sua redução seriam objeto de assistência especializada.

O controle dos determinantes sócio-ambientais e, conseqüentemente, as ações sobre as necessidades de saúde são espaços de atuação de todo cidadão, compõem uma gama ampla de objetos de ação e constroem-se no cotidiano. A perspectiva aqui colocada considera o indivíduo como ativo no processo saúde-doença e indica que estes determinantes sócio-ambientais têm íntima relação com a condição de saúde da comunidade na qual o indivíduo está inserido.

Esta pode ser considerada uma importante contribuição ao modelo: a saúde da pessoa encontra-se numa equação com a saúde do grupo, da comunidade e do(s) local (locais) em que esta pessoa vive e transita. Para intervir sobre a realidade, deve-se portanto realizar ações articuladas entre as equipes de saúde e a população.

A vigilância da saúde, ao redefinir o objeto do modelo assistencial, pressupõe uma redefinição dos meios de trabalho, das relações, das técnicas, para os sujeitos envolvidos. De acordo com o ponto de vista dos autores que avançam esta proposição (PAIM & TEIXEIRA, 1992 e TEIXEIRA, PAIM & VILASBÔAS, 1998), o processo indica a superação da dicotomia entre as práticas coletivas e individuais na medida em que forem incorporadas contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde. Pode-se reconhecer também

a construção de uma concepção de saúde e de práticas de saúde que integram operacionalmente o individual e o coletivo, o particular e o público.

O objeto da abordagem da vigilância da saúde amplia-se para além do indivíduo doente. No âmbito da saúde coletiva, trata-se de garantir a saúde da população, investindo em ações e práticas de saúde cotidianas, considerando os membros desta população como cidadãos, sujeitos ativos, sujeitos sociais. A doença, que gera a necessidade de cuidados ao indivíduo que recorre ao setor, e que pode ser adiada mediante práticas coletivas, compreende o estágio mais específico de intervenção. O indivíduo e o setor saúde, nesta perspectiva, revertem seu pólo de atenção para a vida cotidiana, marcada por problemas e necessidades, indo portanto além de um recorte estrito da vida sob privação decorrente de uma doença.

Buscando aprofundar a discussão, são selecionados alguns exemplos que compõem o estudo desenvolvido por Vilasbôas (1998). Esse trabalho constitui um estudo de caso a partir da experiência do Distrito Sanitário de Pau da Lima (DSPL), com o objetivo de descrever e analisar a implantação de práticas de vigilância da saúde num contexto de distritalização entre 1992 e 1997.

A partir das transcrições de trechos das entrevistas feitas neste trabalho, pode-se ilustrar o conceito de vigilância da saúde e as atividades nesta perspectiva.

### **Exemplo 1**

[...] eu gosto da definição que se dá: é um conjunto de ações desenvolvidas que visam promover a saúde, [...] que visam promover a saúde, que visam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde [...] é vigilância epidemiológica, quando não se trabalha somente com a doença, mas que visa promover a saúde, saúde enquanto qualidade de vida, pensar no sentido mais amplo de lazer, de educação, [...] o que tem na Constituição [...] é só cumprir a lei... é uma questão discutida no plano da construção de uma sociedade mais justa [...]. (VILASBÔAS, 1998, p. 74).

A afirmação de que a vigilância da saúde é uma vigilância epidemiológica que não trabalha só com a doença sintetiza princípios desta abordagem: trabalha-se com o raciocínio epidemiológico e com uma concepção ampliada de saúde. A vigilância da saúde, seguindo tais princípios, congrega ainda a ação intersetorial e interdisciplinar.

O próximo exemplo propõe o trabalho reorganizador do sistema, aponta a necessidade e o desafio de intervenção e principalmente a mudança na situação e no sistema de saúde.

### **Exemplo 2**

[...] a vigilância à saúde é uma estratégia bem forte para tentar reverter esse modelo de atenção que está aí. Ela envolve um leque amplo de conceitos [...] vai envolver desde a promoção da saúde até a recuperação. [...] Então, para mim, vigilância é isso: uma estratégia que a gente utiliza para alcançar... implantar... enraizar isso, dentro não só das unidades do Distrito, mas junto com a comunidade. Mudar um pouco essa prática que a gente está exercendo nas nossas unidades. (VILASBÔAS, 1998, p. 74).

A compreensão da saúde como objeto de ação cotidiana de todo cidadão, em processo de transformação da realidade como base da abordagem da vigilância da saúde dá um novo lugar ao usuário. Lugar enquanto sujeito de direitos e lugar enquanto sujeito de saber para influenciar destinos, de si e da comunidade.

## **III.3. A ecologia do desenvolvimento humano**

O desenvolvimento humano, entendido por Asendorpf e Valsiner (1992) como gênese e emergência de novidade psicológica no indivíduo e em sua relação com o contexto apresenta-se, na proposta ecológica de Bronfenbrenner (1996), como observado a partir de mudanças duradouras na maneira como as pessoas percebem e lidam com seu ambiente. O ambiente é considerado nesta abordagem como ambiente percebido fenomenologicamente, constituído de quatro níveis crescentes interarticulados, e que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento destes.

A concepção de ambiente em níveis crescentes interarticulados revela a concepção sistêmica presente na proposta. Ao nascer e ao longo da vida a pessoa estabelece relações no seu ambiente imediato que caracterizam um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais compondo o nível do *microsistema*. Aumentando a complexidade, o

*mesossistema* consiste das relações vividas pelos membros da díade constituinte do *microsistema* com outros *microsistemas*. O terceiro nível dos sistemas constitui o *exossistema*. A este nível refere-se um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa como participante ativo mas no qual, ou nos quais, encontra-se a pessoa em desenvolvimento. O quarto e último sistema, o *macrossistema*, é caracterizado por referir-se às consistências culturais na forma e no conteúdo dos sistemas anteriores (BRONFENBRENNER, 1979, 1996).

Para favorecer a compreensão do modelo foi elaborada uma apresentação gráfica adequando ao sistema de saúde e especialmente a relação médico-paciente (Figura 1).

Um exemplo citado por Bronfenbrenner (1979/1996), muito adequado ao contexto do presente trabalho, é o das maternidades. Em um país, caracterizando uma “consistência cultural”, as maternidades possuem em geral muitas semelhanças; as diferenças dizem respeito principalmente as condições de hotelaria. Uma mudança desencadeada por uma decisão dos órgãos públicos, (no Brasil, o Ministério da Saúde), que venha modificar os padrões de alojamento das crianças no momento imediatamente posterior ao nascimento no caso, o estabelecimento do alojamento conjunto como uma norma, repercutiu em todos os sistemas e na vida da criança; esta mudança será crítica para alguns padrões de desenvolvimento, na medida em que favorece o processo inicial de formação de vínculos.

O vínculo formado entre a mãe e a criança se complexifica e é base para as relações ao longo da vida. Esta complexificação é ilustrada na compreensão de Bronfenbrenner (1979/1996) na medida em que a relação diádica é a base dos quatro sistemas. As díades podem constituir-se com base na presença física ou fenomenológica de seus membros. Em resumo, tem-se a manutenção dos comportamentos independentemente da presença dos participantes da díade e isto a caracteriza como díade primária.

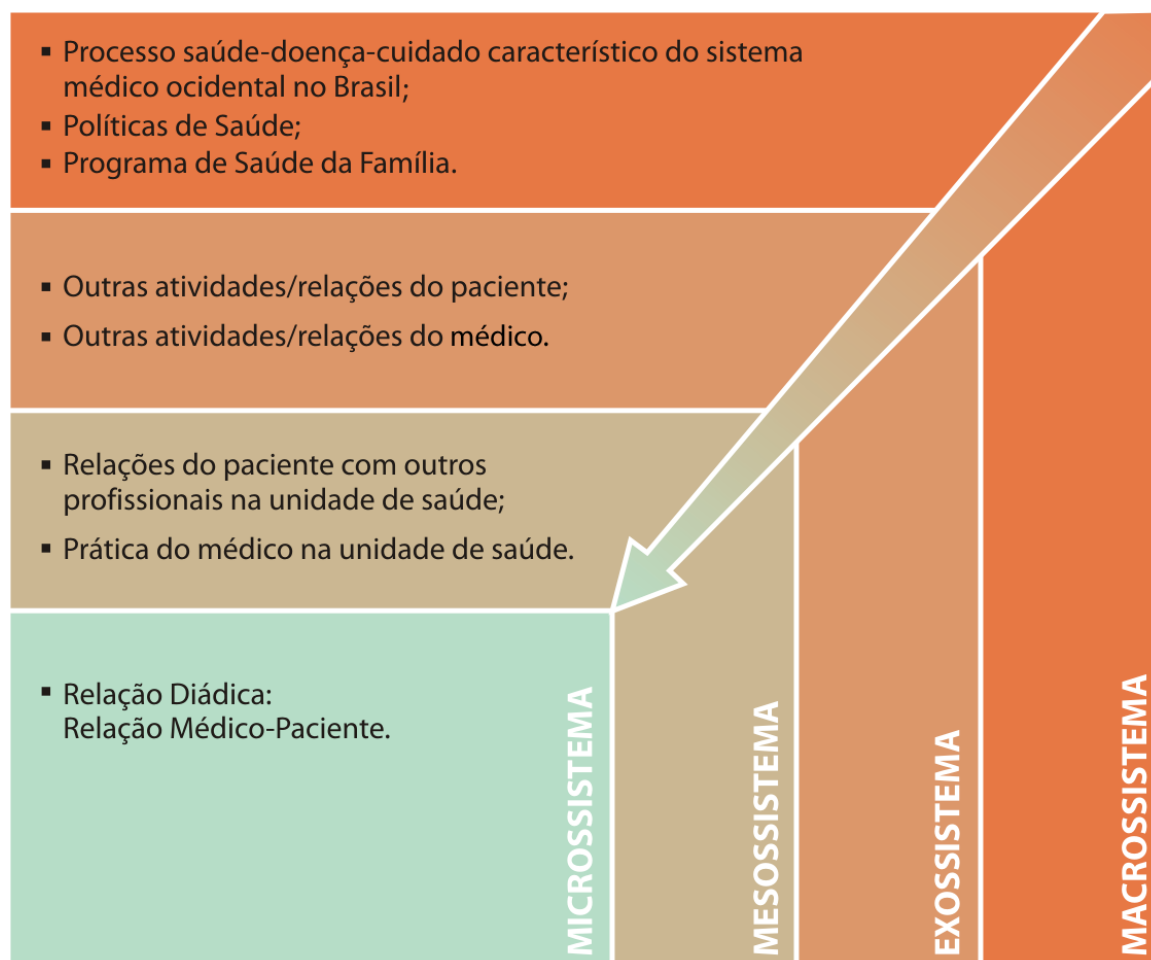
O exemplo anterior mostra a influência do *macrossistema* estruturando o *microsistema*: uma norma que modifica as oportunidades de conformação da relação mãe-criança nos primeiros momentos da vida. Bronfenbrenner (1979, 1996) refere estudos indicando que, na medida em que um membro da díade vive uma transição no

desenvolvimento, esta mudança repercute no outro membro da díade. Quando ocorre mudança do papel, ou mudança de posição na sociedade ocorre o que ele nomeia *transições ecológicas*.

A compreensão da importância das díades e a caracterização dos quatro níveis do sistema fundamentam a primeira formulação de Bronfenbrenner que, posteriormente, propôs o delineamento PPCT — Processo, Pessoa, Contexto, Tempo. Como processo, considera-se que o desenvolvimento envolve formas particulares de interação entre o organismo e o ambiente chamados de processos proximais. Eles ocorrem ao longo do tempo e são mecanismos primários produtores do desenvolvimento humano. A focalização na pessoa reafirma que o indivíduo e o contexto se relacionam bidirecionalmente.

As transições ecológicas são observadas, por exemplo, quando a criança entra na escola. Tal inserção é conhecida por experiências relatadas por outros, mas não deixa de repercutir tanto na criança, que passa a constituir um novo microsistema, como também nos familiares.

A definição de microsistema vinculada a relações face a face privilegiou a proximidade física como característica básica desse sistema; conseqüentemente, o fator espacial passou a ser considerado como definidor da inserção nos sistemas. Frequentemente os exemplos de inserção no meso e no exossistema vinculam-se a conquistas relacionadas à inserção em novos espaços — geográficos e simbólicos. A criança que vai para a escola conquista outro espaço; um novo local, mas também novos modos de organização da vida em grupo. Conseqüentemente, estabelece relações de ordens diferenciadas que não se dão no âmbito doméstico. Entretanto, esta não é a única via de observação/ocorrência de inserção em sistemas “superiores”.



**Figura 1 – Representação gráfica dos sistemas propostos por Bronfenbrenner adaptados a saúde especialmente a relação médico-paciente.**

Tratando da inserção em novos sistemas, Goodnow (1996) explicita a necessidade de aliar outras dimensões definidoras do contexto, capazes de ampliar a compreensão dos processos desenvolvimentais em contexto. Entre essas dimensões destaca-se a diferenciação na forma de participação nas relações. O indivíduo mais participativo e com maior conhecimento tem mais chances de inserção nos diversos níveis do sistema ecológico (BRONFENBRENNER, 1996); o macrossistema (como ambiente percebido) é um sistema com formas de interação e intervenção com as quais ele pode ter contato. A observação do estabelecimento de contratos sociais é um outro exemplo que possibilita a composição de relações em sistemas que não são fisicamente imediatos.

Usando exemplos da relação médico-paciente, pode-se afirmar que esta é uma relação diádica; no momento em que uma pessoa se dirige a um centro de saúde para ser atendida pelo médico, muito provavelmente entrará em contato com outras pessoas,

compondo outras díades e tríades. Deste modo constitui-se o mesossistema; a unidade de saúde é um segundo ambiente no qual a pessoa participa com algum grau de controle.

Na própria unidade de saúde são identificados ambientes nos quais a participação individual não se dá ativamente, embora a pessoa possa ser afetada por acontecimentos ali produzidos. O exossistema pode ser observado a partir do sistema de marcação de consultas. Se as consultas são realizadas por ordem de chegada, a pessoa necessitará sair de casa o mais cedo possível, não poderá prever quando será atendida e a hora em que será liberada, o que incidirá no horário de chegada ao trabalho, um dos ambientes que compõem o micro e mesossistema dos usuários.

### **III.4. Usos da Abordagem Ecológica de Bronfenbrenner na relação médico-paciente**

Os exemplos apresentados buscam facilitar a compreensão da abordagem de Bronfenbrenner (1979, 1996); entretanto, de acordo com a crítica apresentada no início do texto, a força da abordagem será verificada se esta satisfizer as necessidades de análise de exemplos reais.

A seguir, encontram-se comentados alguns relatos retirados da dissertação de mestrado de Sucupira (1981), na qual discute-se a relação médico-paciente no contexto da clínica pediátrica. Parte do interesse desta discussão está na inclusão de elementos intervenientes anteriores e posteriores ao momento clínico, como também aqueles aparentemente externos, do mesossistema.

#### **Exemplo 3**

Médico: Mãe, da última vez eu passei uma hora explicando o que a sra. tinha de fazer em caso de diarreia. Quantas vezes a sra. aprendeu a andar? Será que precisa aprender todo dia quando levanta da cama? [A médica falava num tom repreensivo, numa atitude irritada e desanimada. Ao mesmo tempo a mãe se defendia, tentando explicar:]

Mãe: mas diz que faz mal dar certas coisas quando tão nascendo os dentes.

A médica insiste:

Médico: diarreia é igual em qualquer caso, pode ser por infecção do ouvido, do intestino, da garganta, tem de fazer tudo que eu ensinei.

[A mãe retrucava timidamente que podia fazer mal, pelo menos é o que ela tinha ouvido dos outros.]

Mãe: Diz que faz mal né? [Virava-se para o observador e repetia a frase procurando desculpar-se também perante ele e buscando seu apoio.] (p. 283).

Este relato de observação possibilita discutir as definições de díade propostas por Bronfenbrenner (1996). A finalidade da relação médico-paciente “exige” a constituição de uma díade primária, uma vez que, na ausência da médica, a mãe devia seguir o que esta lhe havia explicado na consulta.

Uma segunda análise aponta para a constituição do microssistema no qual a mãe e a médica formam uma díade e o exossistema constituído pela mãe e pelos que dizem “que faz mal dar certas coisas quando tão nascendo os dentes”, pessoas de outros microssistemas, pessoas que não se relacionam, no caso, com a médica, mas que influenciam e modificam a relação entre a mãe e a médica.

#### **Exemplo 4**

Entrevistador: Você gostou da consulta?

Mãe: Gostei porque médico do INPS não consulta mesmo, né, e ele atendeu mais ou menos, médico do INPS só pergunta, que que você tem, toma esses comprimidos aqui e vai embora, né dois minutos, três, já manda embora e ele não ele escutou o peito do menino, escutou as costas, visto que é do INPS, eu gostei.

Porque não gosto do atendimento de todos eles, porque é aquela consulta lambuzada, sabe o que é lambuzada?... é aquela consulta lambuzada, chega e olha em você, diz assim, toma o comprimido e pronto, não apareça mais, eles pouco tão ligando. (p. 242-3).

A mãe aponta como um indicador da qualidade da consulta a proximidade física, a investigação física que o médico deve fazer no paciente. Além deste aspecto de caracterização da díade de atividade conjunta, a mãe avalia a consulta porque o médico “foi mais ou menos”, tendo como referência o “médico do INPS”; isto indica o



reconhecimento de uma consistência de comportamento associada à cultura institucional do INPS — uma dimensão do macrosistema — que teria sido observada na consulta.

### **Exemplo 5**

Mas lá é médico simples e aqui especialista, né, é melhor, são médicos profissional também, mas eles acha que aqui é especialista, quando eles manda aqui [...] que eles acha que aqui é especialista, eles fala: bom, vou mandar vocês pro especialista, pronto. (p. 46).

Este exemplo relata a ocorrência de uma transição ecológica. O médico recomenda que a criança deve ser atendida por um especialista, segundo referido pela mãe; esta não identifica diferença mas, de qualquer modo, a relação diádica entre médico e mãe/criança (especificidade da pediatria) será influenciada por uma outra relação que se situa no mesossistema.

### **Exemplo 6**

Em uma consulta, ao entrar os pais com a criança, o médico repetia cronicamente: “um acompanhante só”. Após um momento de indecisão enquanto o médico repetia a frase tentando apressá-los, saiu a mãe e a consulta iniciou-se com o pai. Ocorreu então uma cena patética: de repente um braço estendido por um pequeno vão da porta, segurando o cartão da criança, procurava chamar a atenção do pai. A noção dos limites nos seus direitos impedia à mãe de entrar e entregar o cartão diretamente ao pai. (p. 278).

Goodnow (1996) questiona a formulação de um modelo de inserção nos vários níveis do contexto, vinculada a uma concepção de proximidade-distanciamento. Esta discussão é pertinente porque o microsistema foi definido pelo estabelecimento de díades nas quais ocorrem relações face-a-face. No exemplo anterior, exclui-se a presença de um dos pais; entretanto a mãe participa e interfere na consulta na medida em que tenta entregar o cartão da criança pelo vão da porta. Observa-se que o serviço de saúde estabelece normas e que a mãe, ao tempo em que respeita a regra, tenta uma alternativa intermediária. A porta fechada não impede sua participação ativa na consulta.

### **Exemplo 7**

Durante uma consulta observada, na qual o pai (um executivo), assumindo a conversação, discutia aspectos referentes à saúde da criança, foi interrompido pela entrada de uma atendente que lhe informou polidamente: “O Sr. pode esperar lá fora, pois a sala é muito pequena e três pessoas não podem ficar.” O pai assumindo um ar de indignação, manifestou seus direitos afirmando: “É, mas eu vou ficar pois eu vim para falar com a médica”. A atendente, reconhecendo os direitos do cliente, retirou-se silenciosamente. O médico submisso às normas institucionais reconhece por sua vez direitos na atendente que invade a consulta para fazer cumprir aquelas normas. (p. 280).

Este exemplo ilustra concretamente a existência do macrocontexto. Uma norma ou uma orientação, para ser cumprida por todos os pacientes, é explicitada pela atendente. O pai, ao discordar e combater a norma, interfere no macrosistema daquela instituição. Tratando explicitamente do conteúdo da norma, ouve-se freqüentemente que os pais “não assumem os filhos”; embora mais apontado como falha do pai, também é mencionado com relação às mães. No momento em que ambos os pais fazem questão de participar da consulta da criança, uma justificativa externa e aleatória combate a iniciativa do pai de participar do atendimento, de desejar partilhar da relação com o médico. Este é um exemplo de intervenção pública interferindo e até modificando uma decisão que deveria ser da família ou da família com o profissional.

## **III.5. A busca de articulação**

Pretende-se agora demonstrar a proximidade do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979/1996) e da abordagem da Vigilância da Saúde (PAIM & TEIXEIRA, 1992, TEIXEIRA, PAIM, & VILASBÔAS, 1998), visando à articulação dessas abordagens em um único referencial.

Pode-se afirmar que o modelo proposto por Bronfenbrenner (1996) tem seu foco aproximado no indivíduo, na díade e seu desdobramento, no percurso desta relação diádica através dos sistemas. Cada nível do sistema exige novas competências e detém as consistências mantenedoras dos grupos culturais (como sugerido na Figura 1).

Poderia ser suficiente falar de consistências mantenedoras dos grupos culturais; entretanto, considerando que esta discussão está articulada com uma compreensão de saúde, é necessário enfatizar que, quando se pretende organizar um sistema de prestação de serviços em saúde, este é parte integrante de uma cultura e estabelece uma relação complementar com a mesma, e vice-versa. Encontra-se aí um conjunto de forças não necessariamente antagônicas. Quando alguém busca um serviço de saúde para consultar um profissional, tem-se neste comportamento uma compreensão pautada por uma cultura do processo saúde-doença-cuidado (BRICEÑO-LEÓN, 1998)<sup>3</sup>, que possibilita a detecção de sinais, bem como uma compreensão das necessidades ou problemas abordáveis nos serviços de saúde. A mudança desta compreensão de necessidades e problemas de saúde pode ocorrer por um movimento do serviço ou da população, que formam a díade mais freqüentemente observável, ou ainda por forças “mutantes” originadas em veículos externos, sendo a mídia possivelmente o mais forte destes veículos.

A abordagem da vigilância da saúde tem suas origens no movimento de reforma sanitária e de saúde coletiva; seu foco principal encontra-se no coletivo. O primeiro nível de ações é o controle de causas. Nestas ações deve-se usar a força daqueles que exercem a inserção pela participação: freqüentemente contempla-se a participação de setores da população civil organizada, respaldada pela inclusão do controle social, por exemplo, através dos conselhos locais de saúde como elemento essencial do processo de municipalização, descentralização da saúde, principais frutos da Reforma Sanitária. Esta articulação do projeto da saúde coletiva, tendo como participantes atores locais, concorda e possibilita a intersecção com a proposta de Bronfenbrenner (1996) e Goodnow (1996) na medida em que aproxima o poder, os órgãos definidores de políticas, das alternativas da sociedade civil organizada — o exossistema e o macrosistema e de seus impactos ao âmbito das práticas cotidianas e das relações interpessoais que ocorrem nos microsistemas. Pode-se afirmar que o Movimento de Reforma Sanitária impele e fortalece o desenvolvimento da cidadania na população ao estimular sua participação.

---

<sup>3</sup> Este autor aborda o tema como cultura da enfermidade, o que seria a saúde definida pelo negativo (ALMEIDA FILHO, 2000). No presente texto, considera-se recomendável ampliar a compreensão do objeto saúde, na medida em que se fala de vigilância da saúde e de uma proposta ecológica do desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 1996).

Especificamente no que se refere ao encontro clínico, pode-se observar a ocorrência de microprocessos de emancipação.

Esta análise demonstra, na direção estabelecida por Bronfenbrenner (1996), a importância do desenvolvimento humano como inclusão nos vários níveis do sistema, a ampliação da participação e a autonomia do sujeito. A participação é elemento determinante neste desenvolvimento, sendo vivenciada desde a relação diádica mãe-criança, na qual se constroem díades de atividade conjunta e onde possivelmente os exercícios de participação são iniciados, para posteriormente prosseguir construindo a própria cidadania. A qualidade dessa participação, em última análise, será definida pelo acesso a informação, pelo nível em que a cidadania é exercida, e pela textura (permeável ou rígida) dos limites entre os sistemas que definem o contexto de desenvolvimento historicamente constituídos.

Os outros dois níveis da abordagem da vigilância da saúde, controle de riscos e controle de danos, relacionam-se a intervenções técnicas das ações de saúde. Nestas, não se diminui a participação da população, mas a cada nível esta participação vai se especificando no indivíduo enquanto sujeito singular.

O que pode ser considerado como concepção mais atual do processo saúde-doença não é freqüentemente praticado nos serviços de saúde. E os serviços, como atualmente se organizam, estimulam certos comportamentos. Observa-se que os serviços enfatizam sua força de trabalho em ações de controle de danos, e a população não é neles inserida. Conseqüentemente, esta população não incorpora o entendimento de que sua saúde é o resultado da interatuação de forças, nem que a ação sobre tais forças pode adiar ou evitar danos à saúde.

A contribuição de Merhy (1997) complementa esta análise. O autor considera que se deve lutar pela construção de um outro tipo de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, no qual as principais características sejam o acolhimento e a autonomia. Isto significa dizer que qualquer necessidade do usuário deve ser tomada como responsabilidade dos profissionais; além disso, porém, a necessidade do usuário deve produzir a *cidadanização*, reconstruindo a dignidade do profissional e a do paciente (p. 123). Em seguida, a autonomização, compreendida seguramente como parte da

*cidadanização*, consistiria no aumento da competência da população para lidar com os problemas resultantes de diversos fatores. A proposta de autonomização formulada por Merhy equivaleria à conquista de novos modos de participação, presentes no modelo de Bronfenbrenner (1979, 1996) e desenvolvidos por Goodnow (1996).

Dando seguimento a esta reflexão, a análise da agenda orientadora para a reorganização da saúde pela abordagem da vigilância da saúde (TEIXEIRA, PAIM, & VILASBÔAS, 1998) indica que o primeiro passo consiste na elaboração de um processo de conhecimento do território a ser objeto de atenção. A unidade mínima de informação deste território é a família. As famílias residentes no local são as primeiras informantes de si mesmas e do lugar — do ambiente percebido, de acordo com a definição de Bronfenbrenner (1979, 1996).

Esta é uma ponte para a articulação da vigilância da saúde com o Programa de Saúde da Família, outra estratégia de reorganização do modelo de atenção, que tem seus fundamentos nos princípios da Vigilância da Saúde. A família não é abstratamente afirmada como *locus* privilegiado de ações de saúde, mas constitui unidade de informação e ação da vigilância da saúde, unidade de cuidado do PSF e primeiro sistema do desenvolvimento humano.

A partir destas três orientações, é possível vislumbrar como a família pode ser situada no contexto do PSF. A família é o objeto de *cuidados* em tal estratégia, mas sua condição é supostamente ativa e, assim, ela é *informante* na construção das prioridades e das alternativas de ação tanto sobre os determinantes como sobre os riscos individuais a que está exposta. Finalmente, a família é constituidora de si e dos seus membros: ela também cuida da sua sobrevivência, preservando-a.

Entretanto, a família constituidora de si e dos seus membros, cuidando da sua sobrevivência e preservando-a, não tem sido freqüentemente incorporada pelo profissional de saúde. Não tem sido usada como parceira, e pode-se afirmar que o usuário e/ou a família, por não disporem de um serviço de saúde acolhedor, muitas vezes experienciam do serviço muito mais suas barreiras, sua impermeabilidade e portanto o pouco acesso, a não-participação e o descompromisso em relação a ele.

Com as afirmações anteriores sobre o papel da família, não se está desprezando a pertinência dos sistemas de informação. No caso, o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) é um organizador das informações prestadas pelas famílias. Deve, portanto, ser instrumento para o fortalecimento da relação das famílias com o serviço. O produto que um sistema como este disponibiliza, possibilita um retrato da realidade; possibilita também, junto com as famílias, a identificação dos determinantes, a priorização de problemas e ações e sua incorporação como agente de seus próprios cuidados.

Esse capítulo foi construído a partir do desejo de aprofundar a relação geral-particular, no caso, a influência das políticas apresentadas na realidade particular da relação médico-paciente, especificamente no PSF. Explorou a interface da família com o serviço de saúde em duas abordagens consideradas ecológicas, que colocam em posições distintas a família, mas que parecem complementar-se ao aprofundar suas funções e potencialidades, tornando vivos sua capacidade e seu discurso; finalmente, este papel da família como usuária ativa do serviço de saúde, como proposto, deve ampliar sua autonomia, considerando que o serviço de saúde é um contexto de desenvolvimento, mesmo quando se apresenta como dificuldade, como barreira à possibilidades das famílias que efetivamente participam do cuidado à saúde, desde o próprio acesso ao serviço.

Com este estudo pretende-se realizar uma análise psicosocial da relação médico-paciente no contexto do Programa de Saúde da Família, com os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a relação médico-paciente no Programa de Saúde da Família em três municípios do estado da Bahia, considerando as influências macro-contextuais sobre a realidade microcontextual da relação diádica médico-paciente.
- Construir estratégias metodológicas contextualmente sensíveis para a coleta e análise de dados no âmbito da relação médico-paciente.
- Relacionar características da relação médico-paciente as dimensões do sistema de saúde no qual essa relação ocorre.

# IV. Metodologia

---

Neste capítulo, encontram-se descritos os procedimentos metodológicos do estudo, compreendendo: etapa preliminar da coleta de dados; análise documental; descrições do instrumento, registro por áudio, diário de campo e respectivos procedimentos de análise dos dados.

## IV.1. Etapa preliminar: O censo

A Etapa Preliminar possibilitou a compreensão do contexto de desenvolvimento do estudo, consistindo de um estudo extensivo, de caráter censitário, com utilização de entrevistas telefônicas.

O censo foi realizado por entrevistas telefônicas, reunindo dados sociodemográficos e impressões dos médicos a respeito do Programa de Saúde da Família. Esta alternativa foi considerada a mais razoável para a população-alvo, já que se distribuía em uma grande variedade de municípios, numa distância às vezes superior a 800 Km.

Para a elaboração do roteiro do censo foram realizados um grupo focal na Bahia e entrevistas aprofundadas com profissionais do Ceará. O grupo focal foi composto por sete médicos, profissionais do PSF, orientados pela busca de uma descrição da rotina do profissional médico em contato com o paciente. O grupo foi coordenado pela pesquisadora e durou aproximadamente uma hora e meia.

Considerando que este projeto integra-se a um estudo paralelo desenvolvido no Ceará, as entrevistas realizadas em Fortaleza e em Baturité foram utilizadas na construção do roteiro de perguntas do censo. As entrevistas foram realizadas com profissionais do PSF, na sua maioria nos locais de trabalho e em grupo. Estas seguiram a mesma orientação do grupo focal — aprofundar o conhecimento da rotina do profissional junto ao paciente, enfatizando os aspectos interacionais e comunicacionais.

A análise do grupo focal e das entrevistas possibilitou a formulação de perguntas que buscaram impressões a respeito da rotina com o paciente, a compreensão do profissional médico das mudanças propostas e decorrentes do PSF, o paciente enquanto sujeito ativo do Programa e na relação médico-paciente.

Em Fevereiro de 2000, segundo informação da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), havia 105 equipes de PSF implantadas e distribuídas em 37 municípios no Estado. Dois destes municípios encontravam-se sem médicos em suas equipes no período do levantamento de dados e o total de médicos identificados após contato com as Secretarias Municipais de Saúde somou 107 médicos.

Dentre os 107 médicos identificados, 96 foram entrevistados, três recusaram-se a dar a entrevista, um estava afastado por motivo de saúde e sete deixaram de ser entrevistados devido às dificuldades de contato e em dar a entrevista depois de pelo menos seis tentativas.

Este estudo baseia-se em uma coleta de dados realizada em três municípios do estado da Bahia quando foram feitas observações orientadas por um instrumento (GROL & LAWRENCE, 1995), registros em áudio e diários de campo das mesmas consultas. Esta coleta transcorreu no período de julho de 2000 a janeiro de 2001. Foi garantido o sigilo das pessoas envolvidas no estudo (profissionais médicos e pacientes) e dos municípios onde se deu a coleta dos dados.

## **IV.2. Caracterização dos municípios**

Os municípios nos quais foi realizado o estudo foram selecionados a partir de critérios geográficos: um município da região metropolitana; um município da região litorânea e um município do semi-árido baiano.

O Município I localiza-se na Região Metropolitana de Salvador e possui população total de 113.543 habitantes, sendo 5.158 considerados moradores da zona rural (IBGE, 2000). A área deste município é de 67,84 Km<sup>2</sup>.

Nesse município, o PSF foi implantado em 1998. No período da coleta dos dados, o município contava com quatro equipes. Estas trabalhavam em duas unidades que não



eram exclusivas do PSF, pois abrigava atividades orientadas pela demanda espontânea. Isto era motivo de dificuldades de compreensão por parte dos usuários e dos profissionais que não pertenciam à equipe do PSF a respeito das diretrizes do Programa.

As atividades das equipes tinham uma rotina que privilegiava atendimentos ambulatoriais em espaços da comunidade como escolas e igrejas. Os médicos trabalhavam fortemente articulados com os agentes comunitários da área, sendo estes uma forma de identificação da área adscrita e elo de comunicação entre o médico e o paciente. Um desafio para o PSF era a desarticulação do sistema de saúde local fazendo com que o usuário necessitasse encontrar os meios para execução dos exames solicitados pelos profissionais. Um outro problema era identificado: a insuficiência da assistência farmacêutica.

O Município II situa-se na região do semi-árido do Estado e possui uma população de 262.494 habitantes — população rural 36.949 (IBGE, 2000). A área do município é de 3.216 Km<sup>2</sup>. O município tinha o PSF implantado desde 1998 e era o que possuía o maior número de equipes implantadas no Estado da Bahia na ocasião da coleta de dados, bem como as equipes mais antigas entre os três municípios estudados. As equipes do PSF trabalhavam em sua maioria em unidades que abrigavam duas equipes, contando ainda com instalações comuns de consultório odontológico, sala de vacinação, de curativos e de nebulização. O sistema de saúde local dispunha de laboratório próprio e um centro municipal de assistência especializada. Neste, alguns dos médicos do PSF atuavam segundo sua especialidade médica em horários do turno noturno. Este município apresentava uma rede de serviços de saúde integrada que favorecia o funcionamento da referência e contrareferência. Os medicamentos prescritos freqüentemente eram entregues pelo próprio médico no ato da prescrição.

A distribuição das equipes contemplava o atendimento na zona urbana e na zona rural. Para as equipes da zona rural contava-se com veículo oficial para deslocamento dos profissionais. As equipes realizavam rotineiramente atividades ambulatoriais, visitas domiciliares e grupos educativos. A participação dos demais profissionais da equipe era referida de forma diferenciada entre os médicos. Alguns médicos realizavam um trabalho

bem articulado com toda a equipe enquanto outros não se referiam aos outros profissionais ao longo da consulta.

O Município III conta com uma população de 95.721 habitantes e entre estes 16.102 residiam na zona rural (IBGE, 2000). Este município situa-se na região litorânea do sul do estado e sua área territorial é de 1.445 Km<sup>2</sup>.

Na ocasião da coleta dos dados o município situava-se entre aqueles que possuíam maior número de equipes implantadas, o que havia sido iniciado a partir de 1999. Estas atuavam em unidades próprias que, em algumas situações, acolhiam duas equipes. O município possui um sistema de referência e contra referência que pode ser caracterizado como deficiente. O acesso a outros níveis de complexidade da assistência através do PSF, que deveria ser a “porta de entrada” no sistema não estava garantido.

O município possuía uma farmácia que centralizava a distribuição de medicamentos para a população. Esta se encontrava fechada por ocasião da coleta dos dados, por este motivo a assistência farmacêutica estava suspensa. O trabalho em equipe não era referido como também o atendimento em visitas domiciliares. O trabalho na zona rural era dificultado pela irregularidade da locomoção. A maioria dos médicos exercia atividades no hospital geral em regime de plantão.

### **IV.3. Coleta de dados**

#### ***IV.3.1. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.***

Este estudo contou com várias formas de registro na coleta e na análise dos dados: análise documental, observação de consultas médicas, gravação por áudio destas consultas e elaboração de diários de campo.

1. Este estudo foi iniciado pela análise documental das Diretrizes do PSF (BRASIL, 1997). Estas diretrizes contemplam a compreensão geral deste objeto. O estudo documental possibilitou a identificação de palavras-chave e de categorias para análise das transcrições.

2. A observação das consultas médicas foi orientada por um instrumento especialmente desenvolvido para esta finalidade (GROL & LAWRENCE, 1995). O instrumento compreende 31 itens (Anexo 1) a serem observados, dividido em quatro linhas e quatro colunas. As linhas contemplam os momentos da consulta: investigação do problema, esclarecimento do problema-diagnóstico, definição do problema-informação diagnóstica e formulação de um plano. Na vertical encontravam-se aspectos relacionados a estrutura da consulta, condução da relação médico-paciente, gestão clínica e investigação psicossocial. Para cada um dos itens pontuava-se a ocorrência ou não do aspecto observado distinguido entre: não se aplica, não realizado, realizado parcialmente e completamente realizado.
3. Tratando-se de um estudo que tem como objeto a relação médico-paciente, a gravação por áudio possibilitou o registro dos diálogos entre médico e paciente que posteriormente se constituíram em base para as análises interpretativas.

Após cada dia de trabalho, foram construídos os registros do diário de campo. Os diários de campo contêm o relato das atividades ocorridas dia-a-dia, a experiência do pesquisador, sua condição de observador participante como também as informações e impressões observadas de forma assistemática. O diário de campo possibilitou uma memória do período em estudo e a formulação de questões a serem analisadas

#### **IV.4. Participantes do estudo**

Foram realizadas observações de aproximadamente 20 consultas de 20 profissionais em consultório sorteados do total de profissionais atuando em fevereiro de 2000 quando foi iniciado o censo. Este número compreende pelo menos um turno de trabalho de aproximadamente 1/5 do total dos médicos. Dos vinte médicos observados, quatro eram do Município I, dez do Município II e seis do Município III. Quando o município possuía um número superior ao número previamente estabelecido estes foram selecionados por sorteio. Dos médicos observados 13 eram mulheres e sete homens. Para a

realização das observações e gravações, foi obtido dos médicos consentimento informado por escrito (Anexo 2) e dos pacientes consentimento verbal. Entre os médicos ocorreu uma recusa para participação no estudo. Este médico foi substituído por outro sorteado no mesmo município. Entre os pacientes ocorreram três recusas.

Ao todo foram observadas 408 consultas, sendo 63% de pacientes do sexo feminino.

Estes dados possibilitaram a realização de três perspectivas de análise: i) análise observacional, ii) análise temática, iii) análise interacional.

## **IV.5. Organização e análise dos dados observacionais**

Os registros das observações compuseram um banco de dados construído em EPIINFO 6.0 (GUEDES, 1994). A partir deste realizou-se uma análise descritiva por aspecto observado e por município.

## **IV.6. Organização e análise das transcrições**

O referencial teórico utilizado para construção do objeto deste estudo foi composto por duas perspectivas, uma ecológica/contextualista e outra interpretativa. A perspectiva ecológica/contextualista situa os fenômenos particulares da relação médico-paciente no contexto mais geral do próprio PSF enquanto política pública.

A perspectiva interpretativa possibilitou uma imersão no tema relação médico-paciente. A partir da análise dos significados construídos nas relações observadas foi realizada a interpretação. Good & Good (1981) consideram que as doenças são realidades semânticas produtoras de redes de significados, processos de negociação, realidades intersubjetivas. Para o trabalho sobre estas redes, constrói-se estratégias para a estruturação de narrativas. O conteúdo das diversas formas de registro de dados serão chamadas de narrativas. Uma narrativa consiste em uma seqüência longitudinal temporalmente finita, pressupõe um narrador e um ouvinte, com diferentes pontos de

vista em relação ao conteúdo tratado, diz respeito a pessoas e a narrativa é absorvente, engaja o ouvinte e exige dele interpretações<sup>1</sup> (GREENHALGH & HURWIZ, 1998).

As gravações por áudio foram transcritas e revisadas. Cada conjunto de consultas foi catalogado, o conjunto de consultas de cada médico foi encadernado antecedido por um quadro contendo dados sociodemográficos e as queixas principais do paciente.

## **IV.7. Análise temática orientada pelas diretrizes do PSF**

Esta análise foi feita usando a transcrição de dez médicos. Estes dez médicos foram selecionados contemplando os seguintes critérios: atuarem nos três municípios, trabalharem em equipes de zona urbana ou rural, manter similaridade de distribuição dos 20 médicos com relação ao sexo e a idade.

As Diretrizes do Programa (BRASIL, 1997), consideradas como base para a configuração dos planos geral e macrocontextual, foram usadas no estudo documental. A partir de leituras exaustivas das Diretrizes buscou-se identificar palavras-chave que possibilitassem a construção de categorias de análise. Estas categorias de análise temática foram construídas procurando explorar o exercício das diretrizes no contexto clínico em consultório.

Considerando o PSF como um Programa que adota como orientação de suas práticas a abordagem da vigilância da saúde, não parece ser inconseqüente afirmar que a mudança da atuação do médico a partir da adoção desta abordagem será a principal mudança a ocorrer na relação entre profissionais de saúde e usuários. Além de integrar as ações a serem empreendidas coletivamente com as ações clínicas no momento em que se dá a relação médico-paciente. A vigilância da saúde distingue ao paciente uma posição ativa enquanto exercício do controle social, exercido em todas as oportunidades de participação.

---

<sup>11</sup> Esta definição de narrativa tem sido orientadora de uma proposta clínica de “medicina baseada em narrativas” fazendo alusão à “medicina baseada em evidências”. Particularmente para a atenção primária a narrativa tem grande importância já que o recurso principal é o raciocínio clínico-epidemiológico.

Como se entende que um programa em implantação reúne vários aspectos inovadores, fez-se necessário incluir no sistema de categorias não somente episódios em que as categorias fossem observáveis, mas *episódios de oportunidades não aproveitadas* de exercício das diretrizes.

Esta análise não usou categorias êmicas, ou seja, categorias extraídas do próprio discurso investigado, como freqüentemente se faz em estudos de caráter etnográfico. Esta escolha se justifica por considerar-se que este estudo terá seu potencial melhor utilizado ao conquistar um diálogo com o sistema de saúde. Sendo assim, serão categorias construídas a partir das diretrizes enquanto tipo-ideais do PSF.

Estas categorias, construídas a partir do estudo documental, possibilitaram a construção de um quadro contendo palavras geradoras, título, um texto que expressa a compreensão da categoria, definição da categoria e do episódio de oportunidade não aproveitada e exemplos. Os quadros (Quadro 1 e 2) que se seguem ilustram este procedimento de análise.

As categorias utilizadas para esta análise foram: natureza do PSF; vigilância da saúde-política, princípio organizador; compromisso com a população adscrita; trabalho em equipe; família como unidade de trabalho; características da atenção; o paciente como sujeito.

As categorias são orientadoras do recorte dos registros das consultas; estes recortes serão orientados pela definição de episódio mínimo, que consiste em uma narrativa produzida no contexto da relação médico-paciente veiculador de uma mensagem organizada e que tende a produzir um efeito sobre o destinatário (Bronckart, 1999, p. 71).

A análise feita a partir destas categorias temáticas utilizou o programa para análise de texto QSR — Nvivo (2000). Com este programa pôde-se recortar episódios correspondentes a cada categoria e reuni-los. Para cada episódio que neste momento encontrava-se reunido por categoria foram elaborados comentários refletindo a compreensão da categoria no episódio. Por último foram elaborados textos sintetizadores do conjunto de episódios por categoria.

**Quadro 1 - Definição da categoria temática Natureza do PSF e dos episódios de oportunidade não aproveitada**

Natureza do PSF			
Elementos da Diretriz	Compreensão	Definição	Exemplos
<p>O PSF (Inserir-se entre as) Políticas Públicas (BRASIL, 1997, p. 5) (O PSF é uma alternativa de exercício dos) Direitos sociais constitucionalmente garantidos (BRASIL, 1997, p.7) Responsabilidade integral sobre a população (BRASIL, 1997, p. 8), direito de cidadania e portanto expressão da qualidade de vida (BRASIL, 1997, p.10) (um) equívoco – (considerar o PSF) um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia (BRASIL, 1997, p. 9).</p>	<p>A relação do usuário com o serviço de saúde está marcada por uma rotina de incapacidade do sistema de prover os serviços. A unidade básica de saúde é a primeira instância a dizer não: não tem ficha, não tem médico, não tem material, não tem remédio. Estes <i>nãos</i> são freqüentemente expressos na unidade de saúde e pelo médico: “Eu não posso fazer nada”. Estes <i>nãos</i> exigem que o usuário resolva sua necessidade sem a colaboração do serviço, onde conseguir, em outro serviço, freqüentemente uma unidade hospitalar. Este seria um retrato de um Estado que não garante assistência aos cidadãos, assistência considerada direito constitucional. O PSF pretende ser uma alternativa à esta realidade. O PSF tem a unidade básica como a porta de entrada do sistema que deve ser resolutiva, mas também deve estar articulada com outros setores e com outros níveis do sistema podendo garantir referência e contra-referência. Assim, o Estado se aproximaria do exercício da responsabilidade integral pela população.</p>	<p>Fala e/ou circunstâncias que demonstrem a compreensão do PSF como uma política pública, na qual a pessoa atendida tenha direitos garantidos demonstrando o exercício da responsabilidade do Estado representado pelo serviço prestado pelos médicos e profissionais de saúde.</p> <p><i>Episódio de oportunidade não aproveitada do Estado, representado pelo médico, exercitar seus deveres e assim reafirmar o PSF como uma operacionalização dos direitos sociais constitucionalmente garantidos.</i></p>	<p>(Diário de Campo) O médico e a enfermeira estavam conversando no início do expediente sobre vários pacientes. Um terceiro paciente que foi tratado foi uma mulher que enquanto fazia pré-natal foi diagnosticado um nódulo na mama. Naquele momento foi feita ultrassonografia da mama e a orientação encaminhada com o laudo foi que depois de uns cinco meses que o nenê tivesse nascido a senhora devia ser encaminhada para tratamento. Já era este momento. A enfermeira relata que a senhora não queria fazer o tratamento porque achava que não tinha condições, pensava que seria particular e assim ela não podia. O médico e a enfermeira se entreolharam e riram. Mais uma vez a mesma situação, o paciente não sabia dos seus direitos e suas possibilidades. Combinaram que seria feito um relatório para que a senhora fosse encaminhada ao mastologista.</p>

**Quadro 2 - Definição da categoria temática Vigilância da Saúde e dos episódios de oportunidade não aproveitada**

Vigilância da Saúde – política, princípio organizador			
Elemento da Diretriz	Compreensão	Definição	Exemplo
Substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde (BRASIL, 1997, p.11) (prioriza os problemas de saúde prevalentes (BRASIL, 1997, p.14) (orienta o trabalho a partir de uma análise dos) fatores de risco (BRASIL, 1997, p.10).	<i>O sistema de saúde tem se mostrado insuficiente para a demanda que recorre a seus serviços, mesmo com significativa ampliação da oferta. Reconhece-se que o problema não está somente na disponibilização de serviços mas na lógica desta disponibilização. Por isso tem se buscado mecanismos de hierarquização e complementariedade entre os níveis do sistema. O trabalho do profissional médico orientado pelos fatores de risco possibilita ações de promoção e proteção em diversos contextos inclusive do consultório, no momento clínico. Isto demanda do profissional postura pedagógica e incentivo a autonomia.</i>	<p>Ações que demonstrem a compreensão do princípio organizador do PSF – a vigilância da Saúde, organização da clientela, distinção dos problemas de saúde prevalentes, levantamento dos fatores de risco e conseqüente aliança com o usuário.</p> <p><i>Episódio de oportunidade não aproveitada pelo médico de orientar sua ação pelos princípios da vigilância da Saúde. Trabalhando na lógica da demanda espontânea, sem atuação sobre os riscos, mantendo-se dono do saber e autoridade da saúde.</i></p>	<p>M: É? Tá tendo vida sexual já? Já teve algum relacionamento? P: Já aconteceu. M: Já? Tem que se proteger, né? Então, tá tendo corrimento? P: Tá, às vezes. M: Às vezes. [pausa] Já saiu alguma verruga? P: No corpo? M: Não, lá no pênis mesmo, já saiu alguma verruga? P: Já. <i>(a voz meio trêmula)</i> M: Já? P: É umas... M: Hum. Me diz uma coisa: é... todos os exames que tem aqui eu vou lhe pedir, viu? Então, eu vou pedir todos os exames pra você de sangue. Todos! E vou tentar ver se eu consigo também um exame pra... já ouviu falar sobre a AIDS, num já? P: Já. M: Então, eu vou pedir esse exame pra você também, viu? Vou pedir todos os exames, tá? Porque pra essa idade sua que tá com corrimento é bom fazer. Eu peço de todo mundo, tá? Então eu vou fazer esse exame pra você também, viu? P: Tá bom.</p>



## IV.8. Análise interacional

Buscando identificar possíveis padrões na relação médico-paciente em cada médico desenvolveu-se a estratégia da análise interacional. Essa estratégia consiste de uma análise interacional extensiva ao conjunto de consultas de cada médico. Para tal foi realizada uma leitura de todas as consultas de cada médico buscando identificar o modelo adotado por este profissional.

Esta análise foi realizada nas transcrições de quatro médicos entre os dez que compõe a análise temática orientada pelas diretrizes. Estes médicos, pelo menos um de cada município foram selecionados considerando o município, o sexo, a idade, se a atuação se dava em zona urbana ou rural. Diante disso foi composto um conjunto: um médico trabalha no município da região metropolitana de Salvador; um médico da zona rural e um médico da zona urbana do município da região centro-oeste; e um médico da zona urbana do município da região litorânea.

Esta análise busca contemplar algumas considerações presentes na literatura contemporânea, com a indicação de Latour & Woolgar (1997), para quem, tradicionalmente, os trabalhos têm como sujeitos grupos das periferias econômicas. Em um primeiro momento, analisar os médicos significa aproximar-se do centro, como propõe estes autores; entretanto, esta afirmação indica uma reflexão.

Historicamente, dentre todas as equipes de saúde e extensivamente as equipes do PSF, os médicos são os seus membros mais reconhecidos, mas ao fazer parte do PSF esta imagem fica relativizada. O PSF revê a prática médica contemporânea enquanto prática tecnológica, profundamente especializada, regida por uma lógica de produção, mediada por programas de financiamento como os seguros de saúde, e ainda mais, quando se trabalha nos municípios do interior e na zona rural destes. Para estes médicos, reconhece-se a função nuclear que exercem mas a idéia de representantes do “centro”, enquanto *status* e poder pelo menos na própria categoria médica não pode ser empregada sem algumas considerações e restrições.

Para sistematizar esta análise foi elaborado um quadro composto pelos quatro momentos do instrumento observacional dispostos nas linhas: investigação do problema; esclarecimento do problema/diagnóstico; definição do problema e formulação do plano de tratamento. A seguir, encontra-se o Quadro 3 como ilustrador desta proposta de análise.

Para cada um dos momentos da consulta foi identificado na transcrição pelo menos um episódio. E quando a consulta não ocorreu exatamente na ordem prevista no instrumento observacional (GROL & LAWRENCE, 1995) esta estrutura foi desprezada, incluindo-se o momento da ordem ocorrida. Buscou-se retratar a consulta e não o modelo do instrumento, já que este não tem flexibilidade para registrar uma consulta que não tenha sido realizada pelo ordenamento padrão dos procedimentos, como também, não pretende diferenciar os vários episódios contidos em um mesmo momento.

Nas colunas encontram-se os seguintes itens: contextualização do episódio, episódio, trajetória do médico, trajetória do paciente, significados percebidos e observações. Para cada episódio, que consiste em um conjunto de falas que caracterizem o momento da consulta, foi reconstruído o seu contexto. Na segunda coluna encontram-se literalmente transcritas as falas do médico e do paciente. Em seguida se reconheceu a trajetória do médico e do paciente na consulta com as perguntas: quais os objetivos do médico e do paciente? A quinta coluna apresenta os significados percebidos: a compreensão do que está se passando e como estas ocorrências foram partilhadas pelos que participam da consulta e na última coluna foram registradas observações que freqüentemente dizem respeito a articulações do episódio com a teoria.

**Quadro 3 - Descrição da análise interacional**

Momento	Contextualização	Episódio	Trajatória do médico	Trajatória do paciente	Significados percebidos	Observação
Investigação do problema	O médico acolhe o paciente perguntando sobre a consulta anterior com outro médico, como também eletrocardiograma que deveria ter sido feito.	M-O senhor não fez o eletro, não, seu O.? P- Fiz dois M – Mas, não está aqui.	O médico quer orientar a consulta retomando a consulta anterior. Define uma estrutura da consulta.	Busca estabelecer uma aliança tendo cumprido mais do que o esperado.	O médico tem um <i>script</i> rígido. Condição contextualizada. Busca de efetividade. Paciente sonda a situação, insinua.	Nos diários está dito que o paciente encontra-se alcoolizado. Não é demonstrado ao longo da consulta nenhum interesse por esta situação.
Esclarecimento do problema-diagnóstico	Esperava que o paciente trouxesse os resultados. Como ele não trouxe, quer convencer o paciente de que precisa deles para dar continuidade ao tratamento. Há uma dúvida se o paciente fez ou não o eletro.	M- O senhor fez um exame do coração que põe um monte de fiozinho aqui assim? P – Fiz. M- Então não veio o resultado. P- Pronto, lavei minha mão. Ó, no dia 15 eu vou pegar. M- O resultado. Ah, então deve ser esse.	O médico está preso ao resultado do exame e a cirurgia de hérnia que precisa ser feita.	O paciente diz que pegará os exames apesar de estar confundindo as datas.	Há uma clara distinção da função da consulta para o médico e para o paciente.	
Definição do problema – informação diagnóstica	Para o médico a consulta acabaria já que não tinha o resultado do eletro. Para o paciente não.	Sim, minha patroa, mas o que é que a senhora me diz?	O médico tem que explicar o problema a pedido do paciente. Atende o paciente apesar de bêbado.	O paciente conquista um papel ativo.		A persistência do paciente vence o <i>script</i> do médico.
Formulação de um plano	O médico condiciona o encaminhamento para cirurgia de hérnia ao resultado do exame. Ali está a esperança. O paciente se mostra incapaz parece que ele é subserviente. O paciente pede um papel para levar para a filha para não esquecer.	M – [...] Sem o eletro a gente não pode lhe encaminhar para operar.  M - É, mas a gente tá encaminhando. Pode deixar, deixa com a gente que a gente vai cuidar de tudo, tá?	O médico toma para si as tarefas. Quer assim terminar a consulta.	O paciente tem outros objetivos, solicita uma informação por escrito para levar para a filha que estuda.		A consulta se restringe a uma abordagem clínica de seguimento do problema anterior. Não se trata da confusão em que se encontra o paciente, do seu possível estado alcoolizado. Esta não é uma necessidade de saúde tratada pelo médico.
	O paciente fala de ter realizado um procedimento no hospital, o médico se mostra curioso, mas desiste,	P- Sim, minha patroa tem problema de medir a ... [pressão]. M- A pressão não. Pode pedir a menina que ela mede para o senhor.	O médico apesar de querer se livrar do paciente faz ou facilita tudo o que ele pede.	O paciente tem seus objetivos com a consulta. Tem um <i>script</i> segundo seus objetivos.		

O objetivo dessa etapa foi observar padrões e especificidades entre os profissionais, que demonstram como o profissional se comporta em condições especiais, já que a necessidade de saúde do paciente estabelece diversos contextos para o trabalho do médico. Com o objetivo de contextualizar a qualificação atribuída ao padrão da relação médico-paciente, foi construído um breve texto tratando do profissional analisado.

A identificação destes padrões possibilitou a elaboração de cinco categorias interacionais, contemplando aspectos orientados pelo macrocontexto, que seriam elementos presentes nas diretrizes do PSF: trabalho em equipe, integralidade, compromisso com o paciente, autonomia do paciente e prevenção e promoção da saúde. E duas categorias interacionais que centram-se na estrutura microrcontextual da relação, aspectos comunicacionais: extensão das falas e tipos de pergunta/resposta.

Segue-se a definição das categorias para síntese da análise interacional.

Categorias que contemplam o macrocontexto:

- Integralidade: quando aparecem nas consultas necessidades de saúde de caráter psicossocial e estas são contempladas.
- Autonomia do paciente: quando a forma como se faz orientações mostra que estas são prescritivas ou indicadoras de estímulo a autonomia do paciente incluindo quando são valorizadoras de ações anteriores dos pacientes.
- Prevenção/promoção da saúde: quando se observa que o médico compreende as necessidades de saúde trazidas pelos pacientes enquanto condições para o exercício da promoção e prevenção, visando adiar os riscos e danos à saúde.

Categorias que contemplam o microcontexto:

- Extensão das falas: as emissões verbais de médicos e de pacientes podem ser caracterizadas por padrões de falas longas ou falas curtas.

### **Exemplo 1**

“Médico: diga aí o que é que está chateando a senhora?”

Paciente: Não, eu... eu... quer dizer, que eu sou uma pessoa muito sã, sabe? Nunca aconteceu nada. Agora meu problema é que (...) sentí tonto.”

### **Exemplo 2**

Médico: “Tá sentindo alguma coisa? Febre, gripe, tosse?”.

Paciente: “Não”

- Tipos de perguntas-respostas: A estrutura das perguntas é aberta ou fechada, são para responder a um check-list ou são perguntas com verbo, sujeito, predicado por exemplo: “febre?”, “dor?”, “vômito?” ou Tudo bem... diga aí, o que, o que é que está lhe incomodando mais; o que é que está mais lhe chateando? Dependendo da estrutura da pergunta observamos respostas com respectivos padrões.

Levando em consideração estas categorias, analisou-se o conjunto de episódios de cada médico e em seguida construído um texto sintetizador.

## **IV.9. Comentário sobre estratégias metodológicas**

Este projeto teve como objetivo geral desenvolver uma análise psicossocial da relação médico-paciente no contexto das mudanças incorporadas ao modelo assistencial pela estratégia de Saúde da Família. Desdobrando tal objetivo, buscou-se realizar uma análise de conteúdo da relação médico-paciente enquanto díade de atividade conjunta (BRONFENBRENNER, 1996). Entende-se que, ao tratar da atividade conjunta, esta não se encerra no imediato do encontro clínico entre médico e paciente. O conteúdo desta relação é marcado por aspectos sociais e históricos que circunscrevem as pessoas e seus grupos de origem.

A análise de conteúdo destas relações exigiu a identificação dos significados nelas contidos de modo a permitir o exercício da interpretação. Ao mesmo tempo, esperou-se que a construção destes significados fosse apoiada pela análise do contexto no qual a

relação médico-paciente se insere. Tal análise deveria indicar, por sua vez, perspectivas para intervenção neste grupo.

Considerando o grande volume de literatura que trata da relação médico-paciente de forma puramente reflexiva e a escassez de estudos com bases empíricas, conforme verificado anteriormente, optou-se por estratégias metodológicas capazes de permitir a construção de dados empíricos e registrados enquanto uma prática.

Ao se falar da prática da relação médico-paciente, está-se distinguindo estratégias de coletas de dados que registram relatos a *posteriori* daquelas que o fazem em tempo real, como adotados neste estudo.

Para a realização deste estudo, o objeto construído resultou de discussões e escolhas entre modos de produção do conhecimento. A seguir, encontram-se comentários que complementam a descrição do objeto de estudo enfatizando principalmente aspectos metodológicos que se apresentam sob a forma de binômios.

Um primeiro binômio tratado foi objetividade-subjetividade. A relação médico-paciente, enquanto objeto deste estudo, foi considerada como resultante de características econômicas, sociais, culturais, individuais, intelectuais, institucionais, do profissional, do paciente e do contexto onde se encontram. A partir desta compreensão, optou-se por travar um diálogo com o objeto de estudo, colocando a subjetividade na perspectiva da intersubjetividade. Esta forma de valorização do processo de apreensão do objeto não descartou a construção de dados objetivos que foram somados ao uso dos recursos subjetivos, considerando que este modo possibilita a recriação da realidade de forma mais complexa (CARDOSO, 1986; CAPRARA, mimeo).

Um segundo binômio gerador de discussões remete-se ao geral-particular, e seu correlato nomotético-idiográfico. Concorde-se que a proposta positivista possibilita uma apreensão geral de um fenômeno. Entretanto, tem-se construído uma crítica justificada de que o geral pode não ser representativo dos elementos que o compõem e vice-versa. Por este motivo, alguns autores, principalmente antropólogos como Clifford Geertz, indicam a necessidade de aceitar uma contínua tensão entre análise científica e experiência da vida cotidiana. A proposta de Geertz (1999) implica uma compreensão da cultura como realidade processual, valorizando o uso de estratégias de coleta de dados como histórias

de vida e casos concretos (CAPRARA, mimeo). A análise de narrativas como as construídas nas histórias de vida e nos casos concretos possibilita o aprofundamento de fenômenos particulares, assemelhando-se a uma focalização do particular naqueles fenômenos que também podem ser observados sob a perspectiva do geral.

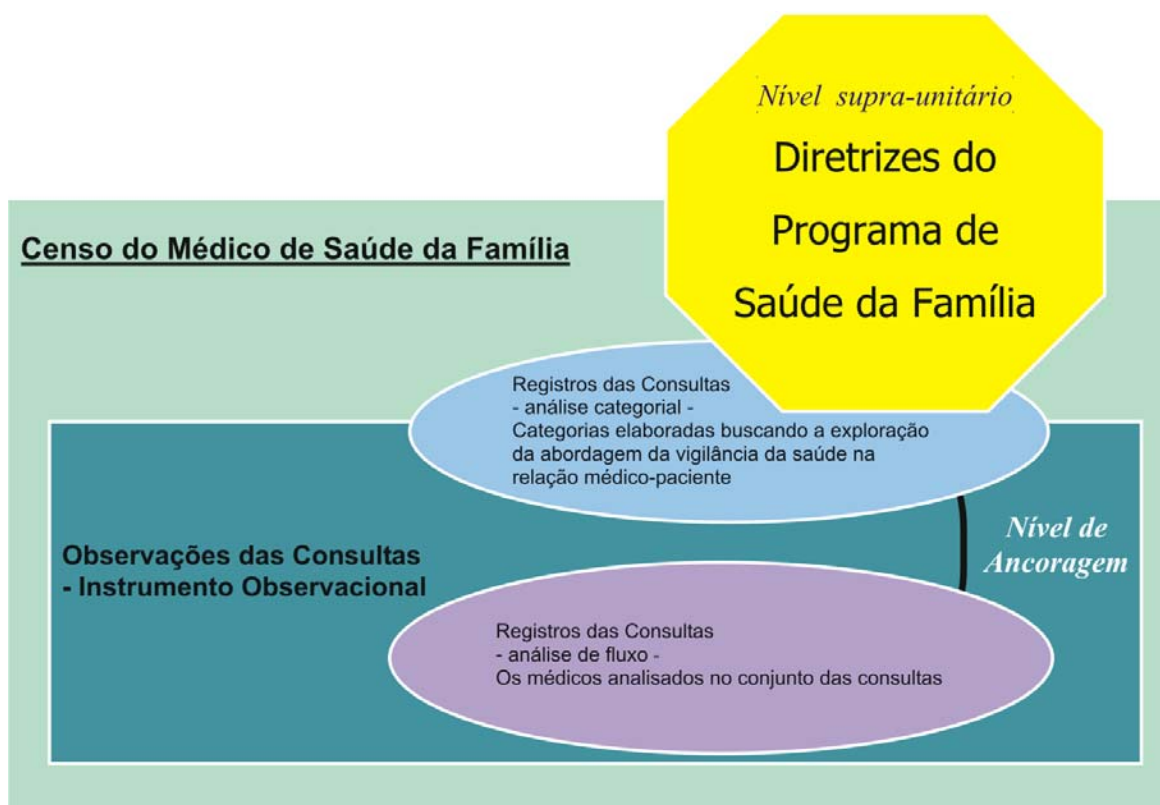
O geral ao qual esta proposta se refere não pretende ser nem generalização, nem universalização. Trata-se de outro nível de apreensão do objeto, nesse caso em relação ao registro do particular. Neste último nível, a análise caracteriza-se por critérios mais estruturados, elaborados a partir de alternativas quantitativas e não pelo registro da experiência cotidiana apreendido na sua dinâmica. Alternativas quantitativas de coleta de dados, como a que foi usada, exigem a estruturação prévia de instrumentos, o que de algum modo estabelece um grau de previsibilidade do que será encontrado na realidade, freqüentemente excluindo elementos não previstos que não necessariamente são menos importantes.

A análise aprofundada dos fenômenos sociais e culturais supõe uma interpretação. A interpretação se dá pelo exercício de construção de significados que são originados na emissão das narrativas (MINAYO, 1992). Estes significados inicialmente compõem o horizonte comum aos que travam o diálogo, mas, a partir do exercício interpretativo, são identificadas articulações no todo da narrativa e do conjunto de narrativas (PALMER, 1986; GADAMER, 1998).

Neste sentido, este estudo vinculou-se a orientações provenientes da área nomeada antropologia interpretativa, fundamentada na Hermenêutica. A alternativa da compreensão da cultura enquanto um texto fornece as bases para o trabalho interpretativo. A ação observável no cotidiano é base para a construção de uma narrativa e as narrativas, como outros textos, encontram-se em condições de serem interpretadas (GADAMER, 1998, RICOEUR, 1997).

Deste modo, esperou-se contemplar a necessidade de compreensão do fenômeno como um todo e em particularidades, como também, seguindo as orientações de Atkinson (1993), Gattinara et al. (1995), possibilitou-se que representantes dos mesmos grupos fossem observados a partir de múltiplas perspectivas de coleta e análise de dados.

A matriz de dados<sup>1</sup> orientadora deste estudo foi elaborada tendo como pressuposto a argumentação apresentada no quadro teórico da pesquisa. Esta matriz pretendia contemplar pelo menos parcialmente os binômios apresentados anteriormente. No nível supra unitário, foram analisadas as Diretrizes do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1997) e, no nível de ancoragem, a relação médico-paciente a partir do registro de consultas utilizando duas estratégias (observação e registro por áudio). Ao serem articuladas com o nível supra-unitário, as afirmações construídas no nível de ancoragem possibilitam observar o particular — realidade microcontextual da díade, bem como o desenvolvimento do geral — macrocontextual — disposto pelas Diretrizes do PSF (BRASIL, 1997).



**Figura 2 - Matriz de Dados**

<sup>1</sup> Matriz de dados consiste na descrição dos dados como estruturas complexas que internamente possuem unidade de análise, variáveis, valores e indicadores. Observa-se que a matriz de dados se apresenta como um sistema de matrizes já que se prevê níveis superiores e inferiores a cada elemento do dado de uma matriz central, observa-se três níveis pelo menos constituindo um sistema de matrizes: nível supraunitário, nível de ancoragem e nível subunitário (SAMAJA, 1993).



# V. Resultados

---

Este capítulo descreve os resultados obtidos nas diversas etapas da análise de dados: i) censo sociodemográfico dos médicos do PSF do Estado da Bahia; ii) caracterização geral das consultas observadas; iii) procedimentos e estrutura das consultas com base no instrumento observacional; iv) análise temática; v) análise interacional. Ao final, inclui uma seção de integração das várias proposições de análise e uma última em que é feita a comparação dos resultados por município.

## V.1. Censo sociodemográfico dos médicos do PSF do Estado da Bahia

A realização do censo do médico de Saúde da Família objetivou traçar um perfil sociodemográfico do médico do PSF do Estado da Bahia, bem como conhecer atitudes e práticas deste profissional e suas impressões sobre a relação médico-paciente no seu contexto de trabalho. O levantamento tornou-se necessário porque, até então, não havia registros ou informações acerca desse tipo de profissional de saúde no Estado.

### V.1.1. *Perfil sócio-demográfico*

Os dados sociodemográficos informam sobre a distribuição dos médicos quanto a sexo, idade e estado civil. Quanto ao sexo, a população dividiu-se igualmente entre homens e mulheres. Distribuídos em faixas etárias, 36,5% dos médicos têm idade entre 24 e 30 anos, e 18,8% têm entre 46 e 50 anos. A concentração nestas duas faixas etárias sugere que uma parcela significativa dos médicos do PSF é jovem, com pouco tempo de atividade profissional, conforme se pode comprovar com os dados deste censo, ou ainda acumulam outras experiências profissionais. Quanto ao estado civil, mais da metade é casada e 32,3% são solteiros.

### **V.1.2. Motivo de Ingresso no PSF**

Os médicos entrevistados apontaram vários motivos para o ingresso no PSF. Dentre estes, a identificação com o programa e com o trabalho desenvolvido em comunidade foram os mais citados (76,1%). A oportunidade de emprego e o retorno financeiro foram citados por 23,9% dos médicos; razões pessoais como o desejo de morar em determinado município, por 15,7%, identificar-se ou ser identificado com o perfil esperado para o PSF por 12,5%, e a possibilidade de ter uma melhoria de vida por 10,5%.

### **V.1.3. Formação Acadêmica**

Com referência à formação acadêmica, quase metade dos entrevistados (49%), graduaram-se na Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. A Universidade Federal da Bahia é a segunda instituição de origem dos médicos do Programa de Saúde da Família com 19,8%. Já 15,6% fizeram sua formação no Sudeste do país e 13,5% se graduaram em alguma outra faculdade de medicina do Nordeste.

Em consonância com o perfil jovem do médico do PSF, 40,6% tem menos de cinco anos de formada, 34,4% dos médicos têm entre seis à quinze anos de formados e 25% mais de quinze anos. Apenas 34,4% dos profissionais que atuam no PSF cursaram a residência médica. As residências foram muito diversificadas sendo mencionadas Saúde Pública ou Coletiva (7,3%), Pediatria (5,2%), Clínica Médica (4,2%), Ginecologia e Obstetrícia (3,1%) e outras especialidades como Anestesiologia, Pneumologia e Cardiologia (13,5%).

Com respeito a engajamento político, religioso e social do médico do PSF, questões sobre a participação, anterior ou contemporânea, em movimentos estudantis ou religiosos foram inseridas. Segundo informam os médicos, 44,8% teve alguma participação em qualquer dos movimentos acima referidos. O envolvimento em D.A., D.C.E.<sup>1</sup> ou grêmios estudantis foi mencionado por 17,7% dos entrevistados. Em seguida, 15,6% respondeu ter participado de movimentos religiosos, como grupos de jovens e/ou de casal em instituição religiosa. A participação ocasional em manifestações político-sociais, como passeatas e

---

<sup>1</sup> D.A.: diretório acadêmico; D.C.E.: diretório central dos estudantes.

reuniões estudantis, foi citada por 6,3% dos médicos, enquanto que 5,2% fez referência a participação em movimentos religiosos de cunho social, como o trabalho voluntário na Campanha da Fome vinculada à Igreja Católica.

#### **V.1.4. Atuação no PSF**

Para 88,5% dos entrevistados, o ingresso no PSF ocorreu no município em que trabalhavam na ocasião. Paralelamente, o tempo de atuação é pequeno, visto que 72,9% dos médicos estão no PSF há menos de um ano, 24% estão no programa há mais de um ano e 2,1% há mais de dois anos. Estes dados estão de acordo com o ritmo de implantação do Programa no Estado. Em muitos municípios estudados, as equipes têm menos de um ano de implantação.

Para a atuação no PSF, 69,8% dos médicos relataram ter participado de algum curso de capacitação. O Curso Introdutório, oferecido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, teve a participação de mais da metade dos médicos consultados (57,3%). Os demais citados foram os cursos de capacitação permanente (18,8%), AIDIPI (9,4%), Planejamento Familiar (6,3%) e BENFAM (1,0%).

A rotina de trabalho do médico do PSF apresenta certa diversidade dentre os municípios estudados, não apresenta uniformidade no que diz respeito à quantidade de turnos de consulta por semana, número de consultas por turno ou turnos de visita domiciliar por semana. Dentre as atividades, o atendimento ambulatorial permanece enquanto prática principal, pois a maioria dos médicos, 46,9%, trabalha no ambulatório de 4 a 6 turnos e 44,7% de 7 a 10 turnos. Em oposição a essa tendência, 5,2% dos médicos atendem em ambulatório somente de 1 a 2 turnos por semana. Nos municípios com menor número de turnos de consulta ambulatorial por semana são priorizadas, a partir das necessidades e particularidades de cada comunidade, visitas domiciliares, atendimentos de grupos e palestras educativas sobre os problemas de saúde mais freqüentes na comunidade.

Com relação ao número de consultas em um turno de atendimento, 54,2% dos médicos, relataram atender de 16 a 20 pacientes em um turno, 21,9% atendem de 11 a 15 pacientes por turno, 15,6% mais de 20 e 4,2% de 8 a 10. Em algumas equipes, além dos

pacientes agendados permanece o regime de atendimento por demandas espontâneas. O número de turnos dedicados às visitas domiciliares por semana tem uma relação inversa com o número de consultas, 55,2% dos médicos fazem visita entre 1 e 3 turnos na semana, 19,8% entre 4 e 5 turnos, 2,1% entre 6 e 7 turnos e 19,8% relataram não possuir um horário especialmente reservado para a visita, realizando-a apenas quando necessário.

A maioria dos médicos entrevistados (75%) desenvolvem outras atividades médicas, além daquelas exercidas no PSF. O plantão e atividades em hospital perfazem uma porcentagem de 36,5%, enquanto o atendimento em consultório particular e atividade ambulatorial em hospital atingem 12,5%. Um dado que chama a atenção é que 13,5% dos médicos exercem mais de uma atividade além daquelas desempenhadas no PSF.

#### **V.1.5. Capacitação necessária para atuar no PSF**

No que concerne à capacitação necessária para a atuação no PSF, 39,6% dos entrevistados afirmaram a necessidade do médico do PSF ser generalista ou ter experiência em especialidades como Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia. A capacitação permanente, que inclui cursos sobre hipertensão, diabetes, DST/AIDS, planejamento familiar entre outros, foi considerada relevante por 24,9% dos médicos. Dos sujeitos entrevistados, 22,9% citaram como importante tanto o conhecimento em Epidemiologia e Saúde Pública quanto apresentar características pessoais compatíveis com o perfil esperado. Para 21,9% dos entrevistados, é necessário ter uma experiência anterior em saúde pública seja através do curso de capacitação, especialização, residência ou estágio.

#### **V.1.6. Relação Médico-Paciente**

A atividade médica no PSF foi considerada diferenciada daquela exercida em outros contextos de atendimento, como no consultório particular, hospital ou posto de saúde, por 86,5% dos médicos. De acordo com a maioria dos entrevistados, essa diferença deve-se à relação que se estabelece com o paciente e com a comunidade, cujas

características são: mais proximidade, maior compromisso e continuidade no atendimento, possibilitando o acompanhamento dos resultados do tratamento. A atuação preventiva foi apontada por 26% dos sujeitos como sendo o fator diferencial nesta prática. Para 10,4% dos entrevistados o médico é considerado “diferente” por apresentar um determinado perfil de personalidade.

Os usuários do PSF também foram considerados diferentes daqueles assistidos em outros contextos de atendimento de saúde por 71,9% dos médicos nas seguintes categorias: tipo de atendimento recebido (21,8%); maior proximidade com relação aos profissionais (18,8%); maior envolvimento com questões relacionadas à própria saúde, implicando maior participação e prevenção (16,7%); situação sócio-econômica (10,5%); maior receptividade e confiança (10,5%); e, por último, o fato de ter atendimento médico todo dia (9,3%).

No que diz respeito à relação médico-paciente, 85,4% dos médicos a consideraram diferenciada principalmente por haver uma maior proximidade e confiança (74%). Outra mudança muito citada refere-se a um maior comprometimento do médico e ao tipo de atendimento no qual o paciente é visto globalmente (21,9%).

#### **V.1.7. Vantagens e desafios**

Maior proximidade na relação é tida como vantagem significativa da atuação no PSF, sendo citada por 36,4% dos médicos. Outras questões abordadas foram a possibilidade de observar os resultados do trabalho (29,2%), atuar com prevenção (26%), satisfação pessoal e trabalho em equipe, ambos citados por 9,4% dos sujeitos.

Foram muitos os desafios apontados pelos médicos na atuação no Programa. Dentre estes, o mais citado refere-se à conscientização da população quanto à mudança do modelo assistencial que privilegia a prevenção (42,7%). Destacaram-se também como desafios a falta de recursos materiais e segurança (22,6%), a condição sócio-econômica da comunidade (19,8%) e os baixos salários (12,5%).

## V.2. Caracterização geral das consultas observadas

O tempo da consulta variou de 02 a 72 minutos. Para efeito de análise, os tempos foram agrupados da seguinte forma: 04 a 07 minutos (tempo curto), de 08 a 15 minutos (tempo médio) e mais de 15 minutos (tempo longo). Após essa categorização, foi feita uma divisão por município, a partir da qual se pôde constatar que, em todos os municípios observados, a maioria das consultas teve duração de 08 a 15 minutos. Pôde-se ainda destacar algumas diferenças. No município II, as consultas com mais de 15 minutos ficaram em segundo lugar (28,2%), enquanto nos outros dois municípios as consultas de curta duração superaram as longas, principalmente no município I.

**Tabela 1 - Duração da consulta médica no PSF por município**

Tempo	Município I		Município II		Município III		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
04-07 min	20	25,3	26	13,8	43	38,4	89	23,5
08-15 min	51	64,6	109	58	59	52,7	219	57,8
>15 min	08	10,1	53	28,2	10	8,9	71	18,7
Total	79	100	188	100	112	100	379	100,0

Com relação à idade do paciente, houve uma certa diversidade o que possibilitou a observação da atuação dos médicos do PSF nas várias faixas etárias. Foram observadas consultas com pacientes de várias idades, distribuídos da seguinte forma: de 0 a 2 anos 21,1%; de 3 a 12 anos, 20%; de 13 a 18 anos 4,5%; de 19 a 30 anos 14,3%; de 31 a 50 anos 21,6%; e com mais de 51 anos, 18,5%. Dos médicos observados, 13 são mulheres e 7 homens. A maioria dos pacientes também foi do sexo feminino (63,0%), não tendo sido registrado o sexo de três pacientes.

## V.3. As consultas: procedimentos e estrutura.

Foram observadas 408 consultas ambulatoriais nas unidades de Saúde da Família. Os resultados obtidos a partir da análise dos dados do instrumento observacional estão dispostos nas tabelas abaixo.

Três tabelas são aqui apresentadas. As tabelas 2 e 3 mostram as médias das porcentagens das pontuações dos momentos da consulta e dos aspectos observados por município, respectivamente. A tabela 4 apresenta as porcentagens das pontuações obtidas em cada item do instrumento por município.

**Tabela 2 - Médias das porcentagens das pontuações do instrumento observacional de acordo com os momentos da consulta médica**

Momentos	Pontuação	Município I	Município II	Município III
Investigação do problema	Não realizado	54,9	45,7	55,8
	Realizado parcialmente	15,3	4,0	7,7
	Realizado completamente	24,7	29,4	29,4
Esclarecimento do problema – diagnóstico	Não realizado	60,5	54,6	58,0
	Realizado parcialmente	9,8	7,5	10,0
	Realizado completamente	24,4	30,5	26,2
Definição diagnóstica	Não realizado	63,9	51,3	63,8
	Realizado parcialmente	22,2	14,1	15,3
	Realizado completamente	12,2	29,5	18,2
Formulação de um plano	Não realizado	60,7	51,3	65,5
	Realizado parcialmente	14,4	7,8	11,2
	Realizado completamente	22,5	36,1	21,6

Uma análise geral destes resultados possibilita afirmar que as maiores médias foram obtidas na pontuação de procedimentos não realizados, independentemente do município. Em seguida, encontram-se as médias da pontuação referentes a procedimentos completamente realizados. Entre os municípios, o Município II obteve as maiores médias da pontuação “procedimentos realizados completamente” em todos os momentos, apesar destas estarem situadas em torno de 30%.

Serão abordadas as considerações relativas aos momentos da consulta (presentes nas linhas do instrumento observacional) e, quando necessário, acrescentam-se os resultados dos aspectos observados (colunas). Os momentos da consulta acham-se divididos em: investigação do problema; esclarecimento do problema-diagnóstico; definição diagnóstica; formulação de um plano. Independentemente da ordem cronológica, espera-se que estes momentos componham a estrutura da consulta médica.

**V.3.1. Momento 1: Investigação do problema.**

Refere-se à escuta das queixas do paciente e à avaliação da sua condição de saúde. Observa-se que este primeiro momento não foi realizado plenamente nas consultas analisadas nos três municípios. Tal dado, entretanto, precisa ser compreendido em associação com o quarto aspecto apresentado na Tabela 3 — a investigação psicossocial. Sendo este, em sua quase totalidade, um procedimento não realizado nas consultas, verifica-se que a investigação do problema nas consultas médicas observadas não contemplam a abordagem dos medos e ansiedades do paciente com relação à sua condição de saúde, a existência das redes de apoio social e a investigação dos aspectos sócio-familiares das queixas.

**V.3.2. Momento 2: Esclarecimento do problema.**

Na maioria das consultas, o que conduz o paciente à unidade de saúde não é esclarecido de forma plena. O fato de que os elementos do âmbito psicossocial não foram contemplados se estende a todos os momentos da consulta. Especificamente com relação ao esclarecimento do problema, a relação estreita entre o diagnóstico e a esfera psicossocial deixa muitas vezes de ser esclarecida junto ao paciente. Quanto ao segundo momento, observou-se que o paciente não foi estimulado à participação e não foram abordados os aspectos relativos a estilo de vida e fatores de risco. Comparativamente, entre os municípios, o Município II foi aquele no qual este momento da consulta pôde ser observado com mais frequência.

**V.3.3. Momento 3: Definição diagnóstica.**

Neste momento ocorre o informe da conclusão ou hipótese diagnóstica do médico para o paciente. Sua importância refere-se ao direito do paciente ser informado sobre sua condição de saúde. Os dados do instrumento demonstram que este momento não se consome plenamente em grande parte das consultas. A explicação que frequentemente se oferece aos pacientes quanto ao seu problema de saúde não é aprofundada, deixando-se de informar inclusive quanto ao prognóstico e curso do problema. Soma-se a isso o fato de



que os médicos observados poucas vezes buscaram verificar a compreensão do paciente acerca do que lhe foi exposto quanto à sua condição de saúde.

#### **V.3.4. *Momento 4: Formulação de um plano de tratamento.***

A formulação do plano de tratamento não foi realizada completamente em parcela significativa das consultas. Este dado não significa, entretanto, que planos de tratamento não tivessem sido traçados pelos médicos, com a devida orientação aos pacientes quanto às ações e procedimentos complementares, encaminhamentos e medicação (Tabela 2). Constatou-se ausência de planejamento do acompanhamento e da avaliação das intervenções terapêuticas propostas em dois dos municípios (1 e 3).

Comparativamente a outros momentos da consulta, a participação do paciente na formulação do plano terapêutico é pouco expressiva. A intervenção não é negociada, uma vez que o paciente não é estimulado a discutir o que deve ser feito com relação ao cuidado com sua condição de saúde ou ainda porque não lhe foi oferecida a oportunidade de expressar sua compreensão e concordância com o tratamento que o médico lhe propôs. Por não ter sido assegurada sua participação na decisão quanto ao tratamento, o paciente também não foi implicado no cuidado com a própria saúde. Em consequência, não foram observados movimentos no sentido da educação para a saúde ou de exploração das alternativas para lidar com a dimensão psicossocial associada ao problema de saúde em questão.

A Tabela 3 reúne os dados relativos às colunas do instrumento observacional que tratam de elementos constitutivos da consulta médica. Com estes dados, dimensiona-se a estrutura da consulta, a condução da relação médico-paciente, a gestão clínica e a investigação psicossocial.

**Tabela 3 - Médias das porcentagens das pontuações do instrumento observacional de acordo com os aspectos da consulta médica**

Aspectos	Pontuação	Município I	Município II	Município III
Estrutura da consulta	Não realizado	28,3	19,8	26,3
	Realizado parcialmente	21,1	6,3	11,9
	Realizado completamente	41,3	62,3	50,2
Condução da relação médico-paciente	Não realizado	55,2	41,4	61,2
	Realizado parcialmente	19,5	11,5	13,7
	Realizado completamente	24,1	43,2	24,1
Gestão clínica	Não realizado	55,4	46,9	58,8
	Realizado parcialmente	18,5	10,7	15,2
	Realizado completamente	22,1	37,8	21,9
Investigação psicossocial	Não realizado	98,5	93,2	96,4
	Realizado parcialmente	0,9	2,4	2,0
	Realizado completamente	0,2	3,3	1,1

### **V.3.5. Aspecto 1: Estrutura da Consulta.**

A consulta médica é estruturada com os itens que compõem a coluna denominada Momentos. Os procedimentos respectivos foram, na maior parte das vezes, realizados completamente. As consultas freqüentemente foram iniciadas com questões abertas, possibilitando ao paciente a oportunidade de descrever o motivo pelo qual comparecia à consulta. Realizou-se em muitas das consultas observadas a coleta da história clínica e o exame físico, assim como a informação diagnóstica, ainda que parcialmente no Município I, e a formulação de um plano de intervenção terapêutica. A continuidade do atendimento parece não ficar assegurada nos Municípios I e III, tendo em vista que não é traçado qualquer plano para avaliação do efeito do tratamento. Além disso, a maioria das consultas observada nestes municípios era do tipo primeira consulta.

### **V.3.6. Aspecto 2: Condução da relação médico-paciente.**

O Município II destaca-se pela porcentagem de operações completamente realizadas, enquanto os Municípios I e III apresentam elevadas freqüências de ações não realizadas. O estabelecimento de um clima seguro e relaxado e a demonstração de

interesse pela história do paciente são ações completamente realizadas na maioria das consultas, o que aponta para uma relação empática entre médico e paciente. O diferencial entre o Município II e os demais, no que tange à condução da relação médico-paciente, situa-se na qualidade da comunicação. Naquele município, observa-se uma completa, detalhada e compreensiva explicação ao paciente sobre sua condição de saúde e propósito do tratamento.

### **V.3.7. Aspecto 3: Gestão Clínica.**

Outro aspecto da consulta investigado pelo instrumento observacional é a gestão clínica, que diz respeito ao gerenciamento do cuidado. Aqui são abordadas as operações e ações de cuidado com relação ao problema e as medidas de cuidado, anteriores à consulta, adotadas pelo paciente, seu estilo de vida; fatores de risco; adesão ao tratamento; informação diagnóstica e efeito da medicação prescrita; educação para a saúde e continuidade da assistência em consultas subseqüentes.

Os dados revelam que a maioria das consultas clínicas não são completamente gerenciadas. Algumas das ações acima descritas não foram operacionalizadas em consultas dos três municípios. Pode-se verificar na Tabela 2 que apenas a prestação de informação sobre a medicação e/ou encaminhamento se dá de forma completa em muitas das consultas. O Município II distingue-se dos demais em termos da gestão clínica. Ações que antecedem o atendimento clínico são incorporadas à investigação do problema, sendo que o médico explora as ações prévias do paciente com relação à queixa em mais da metade das consultas. Na mesma extensão, a continuidade da assistência, mensurada pela previsão do retorno do paciente para uma nova consulta, foi constatada neste município.

### **V.3.8. Aspecto 4: Investigação psicossocial.**

Conforme acima referido, a investigação psicossocial não se realiza na maioria das consultas. Este dado é semelhante para os três municípios, evidenciando que a dimensão psicossocial do processo saúde-doença-cuidado não é explorada em nenhum dos momentos da consulta médica. O fator psicossocial não é incluído na investigação do

problema, não sendo sequer considerado como variável relevante para o restabelecimento e manutenção da condição de saúde do paciente, da família e da comunidade adscrita.

**Tabela 4 - Porcentagem dos itens observados a partir do Instrumento Observacional por município**

	ITENS OBSERVADOS	Não realizado			Realizado parcialmente			Realizado completamente		
		Mun 1	Mun 2	Mun 3	Mun 1	Mun 2	Mun 3	Mun 1	Mun 2	Mun 3
ESTRUTURA	Utilização de questões abertas no início das consultas	18,3	13,3	20,3	35,4	2,5	3,3	45,1	83,7	72,4
	Busca de informação do problema relatado em consultas passadas	26,8	16,3	25,5	17,1	5,9	9,8	23,2	51,7	28,5
	Organização da consulta no caso de vários problemas	30,5	27,1	40,7	12,2	10,8	4,9	25,6	20,7	26,8
	Realização da coleta da história	25,6	6,9	13,8	24,4	6,4	24,4	46,3	86,2	57,7
	Realização do exame	12,2	20,2	10,6	7,3	-	7,3	79,3	71,9	74,0
	Explicação resumida das conclusões diagnósticas	34,1	25,1	29,3	35,4	11,8	13,8	29,3	56,7	50,4
	Explicação dos planos para ações complementares/tratamento	15,9	11,3	11,4	23,2	7,9	16,3	61,0	76,4	69,1
	Plano de avaliação do efeito do tratamento	63,4	38,4	58,5	13,4	4,9	15,4	20,7	50,7	22,8
CONDUÇÃO	Estabelecimento de um clima seguro e relaxado	11,0	1,0	27,6	18,3	1,0	5,7	70,7	98,0	66,7
	Demonstração de interesse na história do paciente	22,0	1,5	30,9	19,5	3,0	8,9	58,5	95,6	60,2
	Estimulação da participação do paciente na investigação da queixa	92,7	74,4	77,2	1,2	16,3	13,8	4,9	8,9	8,9
	Explicação completa e compreensiva do problema	50,0	36,0	53,7	34,1	17,7	23,6	13,4	41,9	20,3
	Verificação da compreensão do problema	69,5	61,6	74,0	18,3	15,3	18,7	8,5	18,5	7,3
	Estimulação ao paciente para discutir o que deve ser feito	93,9	82,3	96,7	3,7	6,9	0,8	2,4	6,4	1,6
	Explicação clara do propósito do tratamento	34,1	23,2	52,0	40,2	15,3	22,8	24,4	51,7	22,0
	Verificação da compreensão da concordância com o tratamento	68,3	51,2	77,2	20,7	16,3	15,4	9,8	24,6	5,7
GESTÃO	Exploração das ações prévias do paciente com relação a sua queixa	62,2	36,5	58,5	20,7	10,8	17,9	15,9	51,7	23,6
	Discussão dos efeitos do avanço do tratamento e adesão do paciente	58,5	67,0	55,3	23,2	5,9	16,3	7,3	14,8	8,1
	Abordagem do estilo de vida e fatores de risco no diagnóstico	63,4	60,6	68,3	22,0	15,3	16,3	14,6	23,2	14,6
	Fornecimento de informação sobre prognóstico e curso do problema	67,1	45,3	66,7	22,0	20,2	17,9	9,8	26,6	12,2
	Prestação de informação sobre medicação ou encaminhamento	15,9	13,8	29,3	19,5	8,9	14,6	64,3	75,4	53,7
	Prestação de informações sobre educação da saúde	63,4	70,4	75,6	17,1	7,9	10,6	17,1	16,3	13,8
	O médico acompanha de perto a evolução do paciente	57,3	34,5	57,7	4,9	5,9	13,0	25,6	56,7	27,6
PSICOSSOCIAL	Investigação dos medos e ansiedades em relação ao problema	100,0	90,6	94,3	-	3,0	2,4	-	6,4	1,6
	Discussão das reações da família e amigos frente ao problema	98,8	97,0	95,9	1,2	1,0	0,8	-	2,0	1,6
	Investigação dos aspectos sócio-familiares da queixa	96,3	88,2	93,5	2,4	3,0	4,1	1,2	8,9	1,6
	Em caso de fatores psicossociais, exploração destes fatores e seu significado na doença	98,8	96,1	97,6	1,2	2,5	1,6	-	0,5	0,8
	Discussão da relação entre os aspectos somáticos e psicossociais	100,0	96,6	97,6	-	1,0	1,6	-	2,0	0,8
	Informação sobre os aspectos psicossociais do problema	98,8	88,7	95,1	1,2	5,4	2,4	-	3,9	2,4
	Abordagem dos aspectos somáticos e discussão do que deve ser feito sobre os aspectos psicossociais	100,0	94,6	98,4	-	1,5	1,6	-	1,5	-
	Estimulação da participação do paciente no processo de cura	95,1	93,6	98,4	1,2	2,0	1,6	-	1,5	-

Embora os dados dispostos nas Tabelas 2 e 3 pareçam caracterizar uniformemente os três municípios, verifica-se que predominantemente os momentos das consultas e muitos de seus aspectos não foram completamente realizados. Por este motivo, faz-se

necessário reconhecer as particularidades de cada sítio de pesquisa. O Município II apresenta, entre os demais, valores mais elevados para o item “realizado completamente”. As distinções deste município com relação aos outros dois podem ser melhor visualizadas na Tabela 4, que apresenta a porcentagem das pontuações por itens que compõem às quatro linhas e quatro colunas do instrumento observacional e por município. Nesta tabela pode-se observar que o Município II detém maior número de itens completamente realizados.

Os itens que foram completamente realizados somente no Município II referem-se à busca de informações dos problemas tratados em consultas anteriores, das ações dos pacientes anteriores àquela consulta, da explicação completa e compreensiva do problema, do propósito do tratamento, do plano de acompanhamento do paciente e dos efeitos do tratamento. Estes itens, conjuntamente, indicam o interesse dos profissionais médicos em compartilhar as decisões com os pacientes e manter o acompanhamento do tratamento, sinais de qualidade do cuidado prestado.

#### **V.4. Análise Temática**

A partir do estudo documental das diretrizes do PSF, foram identificadas, ao longo das consultas, sete categorias temáticas: natureza do PSF, vigilância da saúde, compromisso com a população adscrita, trabalho em equipe, família como unidade de trabalho, característica da atenção, paciente como sujeito.

Para cada categoria, foram identificados Episódios que representam Oportunidades Não Aproveitadas<sup>2</sup>. Cada categoria e seus respectivos EONAs são a seguir descritos e comentados, a partir de Quadros que sumarizam os aspectos definidores da natureza dos episódios em seu conjunto, para cada categoria, por médico e por município.

---

<sup>2</sup> Doravante designados como EONAs.

#### **V.4.1. Episódios relacionados à Categoria 1: “natureza do PSF”**

Essa categoria reúne episódios que demonstram a compreensão do PSF como uma política pública, na qual a pessoa atendida desfruta dos seus direitos garantidos pelo Estado através do serviço prestado pelos médicos, como pode ser observado no transcrito a seguir.

##### **Episódio 1:**

M: No caso... dependendo disso, que pode ser uma coisa que a gente pode resolver aqui, uma coisa que for clínica ou, se a gente não puder resolver aqui, eu te encaminho pra uma ginecologista, certo? Uma colega da gente que trabalha [na zona urbana do município].

Este episódio ilustra a possibilidade de acesso a outro nível de complexidade da atenção à saúde, viabilizado pela existência de uma rede de serviços de saúde local que faz funcionar o sistema de referência.

Considera-se que o contexto de atuação do médico no momento da consulta, delimitado, por um lado, pela problemática trazida pelo paciente e por outro, pelas diretrizes do PSF e por variáveis da própria formação profissional, permite escolhas efetivamente orientadas pela natureza do PSF, como no exemplo acima. Ao mesmo tempo, enseja omissões e distorções em relação a essa mesma diretriz. É para abordar a estrutura complexa do modelo de atuação que se constrói em um contexto de transição como é o PSF que optou-se por considerar, na análise de cada conjunto de episódios, aqueles que representam as oportunidades não aproveitadas.

Nesta primeira categoria, seriam EONAs, portanto, episódios em que o Estado, representado pelo médico, não cumpre seus deveres, negando, assim, a natureza do PSF como uma operacionalização dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Observe-se a interação transcrita a seguir:

##### **Episódio 2:**

M: Por que não faz o preventivo logo?

P: É, vou fazer particular porque...

M: Não precisa o particular. O dinheiro do particular você compra sua pomada, que geralmente não tem no posto. Você vai na [clínica] que é pelo SUS e dá com quinze dias [...] Que às vezes paga, passa uma pomada, não tem. Às vezes a pomada é doze reais e a pessoa não tem dinheiro para dar.

Neste episódio encontra-se explicitada a não garantia do direito ao acesso do usuário ao serviço de saúde gratuito. O médico encaminha a paciente para uma clínica conveniada do SUS para exame, mas seu argumento não é o direito ao serviço gratuito, e sim a previsão da necessidade de fazer uso de uma medicação, também não garantida à paciente.

A análise detalhada dos episódios contidos nessa categoria e de seus respectivos EONAs permitiu sumarizar os aspectos principais que descrevem a atuação dos médicos ao longo das consultas, conforme a categoria “natureza do PSF”, apontando para a existência de três modalidades do PSF nos municípios estudados.

**Quadro 4 - Episódios relativos à natureza do PSF, por médico e por município: sumário dos aspectos principais.**

NATUREZA DO PSF	
MUNICÍPIO I	
M 17	São seguidos os princípios do PSF, mas este não é referido como política pública. Em decorrência da falta de rede de referência e assistência farmacêutica, os direitos dos pacientes não são garantidos. As consultas não são oportunidades para tratar dos direitos da população.
M20	São seguidos os princípios do PSF; M20 tenta distinguir ao longo das consultas o PSF de outros modelos assistenciais. Para isto, enfatiza a função dos agentes comunitários, a realização das consultas em espaços comunitários de cada área adscrita e as visitas domiciliares. O município não dispõe de rede de referência e não presta assistência farmacêutica. Em alguns momentos, M20 argumenta sobre a priorização entre o pagamento do exame laboratorial ou a compra do medicamento e vice-versa. As consultas não são oportunidades para tratar dos direitos da população.
Município II	
M1	São seguidos os princípios do PSF inclusive com a disponibilidade de serviços laboratoriais, consultas especializadas e assistência farmacêutica. M1 reconhece a necessidade de divulgar a natureza do PSF para o pleno êxito do seu funcionamento.
M2	Esta equipe atua na zona rural. São seguidos os princípios do PSF inclusive com disponibilidade de serviços laboratoriais, consultas especializadas e assistência farmacêutica. Observa-se a ação dos agentes comunitários de saúde (ACS) entregando o agendamento de consultas e exames, a preocupação de M2 com o deslocamento da população e o empenho para disponibilizar serviços nas localidades onde se aglutina a população é freqüentemente referida. Situações de demanda reprimida são mencionadas.
M3	Esta equipe atua na zona rural. São seguidos os princípios do PSF inclusive com a disponibilidade de serviços laboratoriais, consultas especializadas e assistência farmacêutica. Observa-se a ação dos ACS entregando o agendamento de consultas e exames. Trata-se da possibilidade de disponibilizar serviços nas localidades onde se aglutina a população. São referidas dificuldades para agendamento de consultas, condições de trabalho precárias, que dificultam o atendimento nas localidades.

M6	São seguidos os princípios do PSF inclusive com a disponibilidade de serviços laboratoriais, consultas especializadas e assistência farmacêutica. Registra-se nas consultas o desconhecimento por parte dos pacientes da natureza do PSF e o direito à assistência gratuita. M6 não fornece esclarecimentos. A demanda organizada é compreendida pelos pacientes como um impedimento de acesso ao serviço, em decorrência do adiamento do atendimento.
M8	São seguidos os princípios do PSF inclusive com a disponibilidade de serviços laboratoriais, consultas especializadas e assistência farmacêutica. M8 refere a realização de exames na unidade, incluindo o exame preventivo ginecológico e as ações em saúde bucal. Observou-se M8 tentando esclarecer sistematicamente a organização da demanda em decorrência de várias manifestações dos pacientes a respeito das dificuldades para marcar consultas médicas. Este fato decorre da falta de informação e do volume da demanda.
<b>Município III</b>	
M5	Os princípios do PSF são seguidos de forma frágil. Não se observa ação articulada com os ACS; visitas domiciliares sistemáticas não são realizadas; não se dispõe de assistência farmacêutica. Os exames laboratoriais são realizados na unidade. O sistema de referência não se encontra estruturado; os pacientes são orientados para as unidades que dispõem dos serviços com a recomendação de ir “de madrugada” para conseguir a ficha. Demonstra-se preocupação em restringir o atendimento à população adscrita. Observa-se falta de conhecimento a respeito do PSF.
M10	Os princípios do PSF são seguidos de forma frágil. Não se observa ação articulada com os ACS; visitas domiciliares sistemáticas não são realizadas; não se dispõe de assistência farmacêutica. Os exames laboratoriais são realizados na unidade, mas freqüentemente há referências a perda de material ou de laudo. O sistema de referência não se encontra estruturado, prejudicando a continuidade dos atendimentos.
M11	Os princípios do PSF são seguidos de forma frágil. Não se observa ação articulada com os ACS; não há visitas domiciliares sistemáticas, não dispõem de assistência farmacêutica. Os exames laboratoriais são realizados na unidade. O sistema de referência não se encontra estruturado, o que prejudica a continuidade dos serviços. M11 freqüentemente refere-se como “médico da família” tentando apontar um diferencial na atenção prestada, o que não ocorre, o principal diferenciador é a disponibilidade do médico na unidade. Atenção à saúde bucal é prestada por uma unidade móvel aparentemente de forma assistemática.

Pode-se afirmar a existência de três modalidades do PSF nestes três municípios. As equipes do PSF do Município I não dispõem de um sistema de referência estruturado e de um programa de assistência farmacêutica. Para os pacientes, esta situação impossibilita a execução do plano de tratamento proposto e a avaliação da resolutividade das ações. Esta situação constitui uma ameaça para a relação médico-paciente que não pode garantir ações na lógica da promoção e prevenção de danos.

Considerando a situação complexa em que se encontram os médicos enquanto profissionais em contato direto com a população, que possuem argumentos técnicos para avaliar as condições e necessidades dos serviços de saúde, que assumem uma postura corporativista e não questionam situações estruturais principalmente quando se encontram enquanto cargos de confiança dos secretários de saúde e dos prefeitos, as diretrizes do PSF, quando não respeitadas, não são objeto de discussão com a população que poderia exercer sua condição de cidadãos.

O município II possui uma realidade em que as ações dos profissionais médicos em geral se dividem em ações ocorridas no âmbito da unidade e ações comunitárias. Além



disso, conta com uma rede de referência para realização dos exames complementares e das consultas especializadas e é prestada assistência farmacêutica. Estas condições favorecem o estabelecimento de vínculos entre médicos e pacientes que, por terem condição de combater os danos à saúde, tratam de aspectos saudáveis, possibilitando ações na perspectiva da prevenção e promoção.

Observa-se importantes diferenças entre os médicos do município II. Entre os médicos pode-se observar três grupos: M1 realiza seu trabalho, trata da importância de divulgar o PSF para a população, mas as consultas não explicitam elementos caracterizadores do Programa, nem se nota a oportunidade específica de explicar à população sobre o PSF, por exemplo explicitar que este se trata de um Programa inserido nas políticas públicas e que por isso deve garantir o direito à saúde gratuitamente. Os médicos 2 e 3, possivelmente por se tratarem de profissionais que atuam na zona rural, encontram-se em situações em que a dificuldade de acesso aos serviços por parte da população é histórica. Nessa situação, o PSF é produtor de grandes mudanças e possui responsabilidades que uma equipe da zona urbana não possui. O acesso é desafiado pela distância, aproximadamente 30 Km de estrada de terra, e pela demanda reprimida que vem se tornando demanda organizada. Esta situação está presente nas consultas e demanda que os médicos enfrentem junto com os pacientes e os outros profissionais de saúde.

O município III tem uma realidade parecida ao município I no que se refere à organização do sistema e à ausência de assistência farmacêutica. Entretanto, o PSF é menos caracterizado porque não desenvolve ações articuladas com os ACS, ações extramuros. Como muitos dos profissionais deste município mudaram seu regime de trabalho com a implantação do PSF, este gerou diferenças nas rotinas principalmente no que diz respeito a carga-horária de trabalho, mas nas práticas ainda vê-se elementos que foram mantidos.

#### **V.4.2. Episódios relacionados à Categoria 2: “vigilância da saúde”**

Os episódios aqui classificados demonstram a compreensão do princípio organizador do PSF — a vigilância da saúde, organização da clientela, distinção dos

problemas de saúde prevalentes, levantamento dos fatores de risco e conseqüente aliança com os usuários.

O episódio a seguir ilustra o padrão aqui considerado.

### **Episódio 3:**

M: Mas não tá comendo mesmo, baixinho, ou só não tá comendo...?

P: Ele não tá comendo bem, assim, sem apetite, né?

M: E doce, bolo, bolacha?

P: Isso ele come.

M: Ali onde a senhora mora tem esgoto?

P: Tem não.

M: Não, né? E a água é filtrada?

P: É filtrada.

M: É fossa ou vai para a rua a água?

P: É fossa.

M: Tem fossa, não vai pra rua não?

P: Não.

Na investigação diagnóstica aspectos relativos ao hábito alimentar e condição sanitária são explorados pelo médico. O levantamento dos fatores de risco permite uma intervenção preventiva.

A esse tipo de atuação correspondem EONAs em que o médico não orienta sua ação pelos princípios da Vigilância da Saúde. Trabalhando na lógica da demanda espontânea, sem atuação sobre os riscos, mantendo-se dono do saber e autoridade da saúde.

O médico do episódio transcrito abaixo trabalha numa unidade que atende a uma comunidade carente. Várias mães referem fazer uso da farinha como engrossante de mingau das crianças. Apesar desta realidade, o médico não explora os recursos que os pacientes dispõem para o cuidado com a saúde, inclusive para a sua alimentação, e prescreve a dieta listando alimentos que devem ser consumidos pela comunidade.

### **Episódio 4:**

M: Nem açúcar, nem sal, tem que diminuir o máximo. Frutas, todas as frutas e os legumes também, viu? E verduras, legumes e verduras, todas as verduras, vai botar é cenoura, batata, chuchu, abóbora, beterraba... não bote

tudo de vez que a gente não vai fazer um cozido [risos], mas você vai variando uma abobrinha, inhame, tudo isso você pode usar na comida dela, carne magra... Que é carne magra? Carne de boi, o frango...

P: Frango desfiado ela come na sopa.

M: Carne magra de preferência, como já disse, na comida açúcar e sal pode tirar o máximo que puder, e fígado também, viu?, pode fazer fígado umas duas vezes na semana, viu?

**Quadro 5 - Episódios relativos à vigilância da saúde, por médico e por município: sumário dos aspectos principais.**

Vigilância da Saúde	
<b>Município I</b>	
M17	Não se observa compreensão da abordagem da vigilância da saúde, nem o uso do raciocínio clínico-epidemiológico. Não se constrói a história para identificar fatores de risco e possíveis causas; estes já estão previamente definidos e são somente confirmados. Observa-se grande valorização dos exames laboratoriais por parte de M17 e dos pacientes.
M20	Não se observa compreensão da abordagem da vigilância da saúde, nem o uso do raciocínio clínico-epidemiológico. Não se constrói a história para identificar fatores de risco e possíveis causas; estes já estão previamente definidos e são somente confirmados. Faz-se prescrições supondo a indicação para mudanças de hábitos sem conhecimento da situação e, conseqüentemente, análise da viabilidade. Exames laboratoriais são solicitados antes da construção da história clínica.
<b>Município II</b>	
M1	Não se observa compreensão da abordagem da vigilância da saúde. Caso M1 relacione os fatores de risco com a queixa, não os explicita para os pacientes, nem recomenda intervenções no sentido de mudanças de hábitos, comportamentos, condições de saúde. Este médico favorece uma construção mais complexa das queixas incluindo aspectos psicossociais, embora tais aspectos não sejam objeto de intervenção. Nas consultas não há referência ao controle social.
M2	Observa-se a compreensão e o uso da abordagem da vigilância da saúde. Aos pacientes é possibilitado relatar a história construindo a necessidade de saúde. Observa-se um empenho do médico em construir um raciocínio clínico-epidemiológico junto com o paciente. Observa-se dificuldade em intervir quando a compreensão complexa da queixa inclui aspectos psicossociais. Nas consultas, há referência ao controle social.
M3	Observa-se compreensão da abordagem da vigilância da saúde. A história é construída contemplando conhecimento dos fatores de risco e causas articuláveis com a necessidade de saúde, entretanto sem explicitação para o paciente. Ao mesmo tempo, novos hábitos e mudanças nas condições de vida são sugeridos. Observa-se dificuldade em intervir nos aspectos psicossociais das queixas. Nas consultas, há referência ao controle social.
M6	Não se observa compreensão da abordagem da vigilância da saúde. M6 faz a construção da história orientada por um roteiro de perguntas fechadas, impossibilitando a análise de fatores de risco e causas relacionadas à necessidade de saúde apresentada. O raciocínio é linear, os sintomas levam ao diagnóstico e para este prescreve-se medicação. Mudanças de hábitos, intervenções em condições de vida não são indicadas. Nas consultas, não há referência ao controle social.
M8	Observa-se compreensão da abordagem da vigilância da saúde. Ao longo da construção da história são feitos questionamentos que contemplam aspectos das condições de vida. São apontados aspectos das condições de vida relacionáveis à queixa e mudanças de hábitos são orientadas. No entanto, estes procedimentos são realizados como parte da prescrição, os pacientes não participam da construção de estratégias de mudanças favoráveis à sua própria saúde.
<b>Município III</b>	
M5	Não se observa compreensão da abordagem da vigilância da saúde. A partir do diagnóstico, M5 relaciona alguns fatores de risco, recomenda intervenções como mudanças de hábitos, de comportamentos; explicita condições de saúde, mas de forma autoritária demonstrando não relacioná-las com aspectos estruturais contemporâneos. Nas consultas, não há referência ao controle social.

M10	Não se observa compreensão da abordagem da vigilância da saúde. São feitos questionamentos sobre as condições de vida, mas estes não geram prescrições ou propostas de mudança. M10 coloca-se solidário à comunidade de forma passiva diante da realidade. Nas consultas, não há referência ao controle social.
M11	Não se observa compreensão da abordagem da vigilância da saúde. Quando há questionamentos sobre as condições de vida, estes são orientados por hipóteses clássicas e freqüentemente mantém-se um raciocínio linear que não inclui a história singular do paciente. Nas consultas, não há referência ao controle social.

A grande maioria dos episódios que contemplam aspectos da vigilância da saúde consistem de experiências de oportunidades não aproveitadas. Com estes episódios, pode-se afirmar que não sendo uma prática ouvir a história dos pacientes, a construção do raciocínio clínico-epidemiológico toma como informações dados gerais que compõem a situação de saúde da população e que não são verificados individualmente. Os episódios de M2, M3 e M8 apresentam a construção conjunta da história clínica entre médico e paciente; com isto, foi possível sinalizar ao paciente os aspectos das condições de vida que influenciavam na queixa, possibilitando estratégias de enfrentamento destas condições que, sendo construídas conjuntamente, ao invés de prescritas, possivelmente favorecem o desenvolvimento da autonomia do paciente.

Considera-se importante observar que dos médicos que demonstram compreender a abordagem da vigilância da saúde três são médicos do Município II, sendo que dois são profissionais membros de equipes que atuam na zona rural. Principalmente pelo conteúdo das consultas do Município I em que os pacientes chegam especificamente pedindo exames complementares, e que ao fim do ano solicitam *check-up*, observa-se por parte da população o desconhecimento dos princípios do PSF. Em paralelo, por se tratar de um município localizado na região metropolitana, a população é mais conhecedora da medicina tecnológica, invertendo os objetivos da abordagem da vigilância da saúde. Tal diferencial configura um desafio para os profissionais das equipes.

Entre os médicos do Município I, alguns do Município II e todos do Município III, a impossibilidade de compreensão da vigilância da saúde leva a pensar que se trata também de um aspecto da formação acadêmica. O questionamento diante desta consideração seria: qual a justificativa para ouvir a história do paciente e construir com este o raciocínio clínico-epidemiológico fundamental para tomada de decisões no contexto do PSF? A condição técnica do médico é considerada suficiente para tomada de decisões e não se justifica que tais decisões sejam partilhadas com os pacientes.

Finalizando, apenas dois médicos abordaram a possibilidade/necessidade do controle social. Dentre os desafios apresentados ao médico do PSF, talvez seja este o maior. Ao longo dos dias de coleta de dados, alguns médicos comentaram que o aspecto menos favorecido, durante suas carreiras até então, havia sido a promoção de ações voltadas para o controle social. Ao mesmo tempo, justificavam que o tempo de trabalho naquelas áreas ainda era pequeno, aproximadamente um ano. Entretanto, considerando que alguns dos médicos selecionados, ao fazerem considerações sobre os fatores de risco e as necessidades de mudanças nas condições de saúde o fazem de forma autoritária, pode-se dimensionar quão desafiadora e complexa será a construção da mobilização política no âmbito das unidades de saúde e das respectivas áreas adscritas.

#### **V.4.3. Episódios relacionados à Categoria 3: “compromisso com a população adscrita”**

Episódios que mostrem a corresponsabilização da equipe pelos problemas e pelas famílias da área adscrita, são apresentados nesta categoria (Quadro 6).

##### **Episódio 5:**

M: Esse exame aqui, seu M., exame de coração, a gente leva pra [zona urbana], certo? Nós vamos marcar lá, aí depois o exame volta pr'aqui marcado.

P: Sei.

M: Aí o senhor com uma semana mais ou menos, talvez... é, segunda-feira...(...) Aí aqui vai dizer o dia, a data, né?, no caso, e o local onde o senhor vai fazer. Aí no outro dia... não, segunda-feira o senhor já pode perguntar...

P: Eu pergunto.

M: ...pra E. [o agente], viu, se já veio ou não veio.

Este médico atende na zona rural. A equipe se compromete em marcar os exames e consultas que precisam ser realizados na zona urbana. Os pacientes, que são em sua maioria muito carentes e têm dificuldade com o dinheiro para o transporte, recebem do agente de saúde a requisição do procedimento agendados e são orientados quanto ao dia e local de sua realização.

Para a categoria “compromisso com a população adscrita”, o EONA se define como episódio de oportunidade não aproveitada de demonstração da responsabilização da equipe pelos problemas ou pelas famílias pertencentes à área adscrita.

### **Episódio 6:**

P: (...) mas ele [o marido] é problemático, tem problema do coração, ele é diabético, ele já foi operado, tem três pontes de safena. Quando eu saio assim, deixo uma pessoa pra dar um remédio a ele, toma remédio diariamente, o dia todo.

M: E ele se consulta conosco aqui?

P: Não, nunca consultou não, consulta lá em [hospital regional] com doutor L., cardiologista...

M: Mas se precisar de um médico de vez em quando dar uma olhada...

P: Tá bom, tá bom, eu vou falar com ele, tá, eu vou falar com ele.

M: Porque diabético precisa ser seguido, acompanhado.

P: É, justamente. Acompanhado, acompanhamento, né?

M: Acompanhado de perto.

P: Tá certo, tá bom.

M: Então, fala pra ele que ele pode vir aqui... que vai ter um bom atendimento.

Neste episódio, o descompromisso se evidencia pelo desconhecimento da condição de saúde do paciente por parte do médico. Os pacientes desta região parecem não estar cadastrados e as visitas domiciliares não parecem ser executadas. Diante do relato da esposa do paciente, não se programa, por exemplo, de visita domiciliar; o médico apenas informa a sua “disponibilidade” em atender na unidade para onde o paciente deve se dirigir para ter atendimento.

**Quadro 6 - Episódios relativos a compromisso com a população adscrita, por médico e por município: sumário dos aspectos principais.**

Compromisso com a população adscrita	
<b>MUNICÍPIO I</b>	
M17	Observa-se o compromisso com a população. Observa-se o esforço de manter as atividades integrais da equipe mesmo quando alguns membros tiram férias, com disponibilidade para o atendimento, com o trabalho em espaços comunitários, buscando diminuir o deslocamento.
M20	Observa-se um frágil compromisso com a população. Em decorrência da inexistência de um sistema de referência integrado com o PSF, M20 assume duas posturas: i) persuade o paciente a aderir, cobra a realização dos exames, subordina o paciente a fazer o que é “certo”, manda, ordena; ou ii) isenta-se de responsabilidade, atribuindo sua inoperância às falhas do sistema.
<b>MUNICÍPIO II</b>	
M1	Observa-se um frágil compromisso com a população adscrita. Os serviços da unidade são realizados, trabalha-se em equipe, mas a demanda é reprimida, e existem problemas com recepção e triagem. Ao longo das consultas, não há referências a ações extramuros.

M2	Observa-se compromisso com a população adscrita. A relação entre M2 e a população é de proximidade. Tratando-se de uma equipe de zona rural, a equipe se responsabiliza em marcar exames e consultas especializadas. Em alguns casos, o próprio médico se responsabiliza em antecipar o resultado. As visitas domiciliares são feitas para os que precisam de atendimento e como um recurso para o fortalecimento do vínculo. Incentiva e confia na função do agente enquanto ponte com a comunidade e os outros profissionais como auxílio complementar.
M3	Observa-se compromisso com a população adscrita. A relação entre M3 e a população é de proximidade. O médico se mostra atento, relembra histórias, valoriza iniciativas dos pacientes. Trata-se de uma equipe de zona rural, mas vê-se que a equipe se responsabiliza pela marcação de exames e consultas especializadas.
M6	Observa-se compromisso com a população adscrita. O médico apresenta uma atitude muito formal, mas isto não prejudica a atenção. M6 encontra-se disponível na unidade; diante de uma situação grave, distingue a necessidade de cuidados, fundamentando-se em conhecimento específico sobre a doença.
M8	Observa-se compromisso com a população adscrita. O médico centra seu foco de atenção na eficiência das ações da unidade como, por exemplo, marcação de consultas, disponibilidade para assistência.
<b>MUNICÍPIO III</b>	
M5	O modo como se estabelece o compromisso com a população adscrita não caracteriza a ação de uma equipe do PSF. M5 enfatiza a necessidade de acompanhamento da pressão arterial, mas não garante a disponibilidade porque depende de o paciente ter ficha na unidade; quando há solicitação de retorno, este não é imediatamente agendado, a equipe espera que a população providencie o que lhe é solicitado sem contar com rede de serviços de referência.
M10	O modo como se estabelece o compromisso com a população adscrita não caracteriza como uma equipe do PSF. M10 encontra-se na unidade esperando a população. Por estar nesta área há muitos anos, conhece a população e é empático, mas não promove ações extramuros sistematicamente e se restringe a recomendações-padrão.
M11	O compromisso com a população adscrita é frágil. O médico demonstra disponibilidade para acompanhamentos, mas estes não são agendados e dependem da iniciativa do paciente e da disponibilidade da agenda na ocasião. Não são referidas ações extramuros.

O compromisso é observado entre os médicos estudados sob diversas formas. Estas diferenças relacionam-se com a compreensão do PSF vivenciada por cada equipe. Os médicos mais comprometidos são os que atuam na zona rural. Nestes, vê-se facilmente uma série de ações que extrapolam as tarefas clínicas, indicando uma concepção ampliada de saúde.

Pode-se observar médicos muito ativos, demonstrando proximidade com a população, como é o caso de M20, mas este perfil não constitui compromisso. O profissional coloca-se como um cumpridor de tarefas e as recomendações feitas à população não respeitam a realidade local. As condições de trabalho não favorecem a organização da demanda e esta é dificultada porque o propósito do profissional é desincumbir-se da tarefa.

Os profissionais do Município III guardam um certo grau de unidade entre si. Trabalham na unidade e esperam a iniciativa da comunidade. Formas enfáticas de prescrever aparentemente são tidas como compromisso, responsabilidade, mas as pessoas

não são distinguidas, moradores de outras áreas e de outros municípios são atendidos e prevalece uma postura que garante os princípios dos médicos.

#### **V.4.4. Episódios relacionados à Categoria 4: “trabalho em equipe”**

Nesta categoria estão incluídas circunstâncias ou falas em que o profissional se refere à participação de colega(s) no processo saúde-doença-cuidado (Quadro 7).

##### **Episódio 7:**

M: Tá alta viu? Você nunca tinha medido a pressão?

P: Já.

M: Alguma vez deu alta?

P: H. [o agente] sempre mede, dá alta

Neste episódio, outro componente da equipe — o agente comunitário de saúde, no caso — é referido na consulta. Também se pode constatar a distinção de uma de suas funções.

Os EONAs para essa categoria, trabalho em equipe, remetem àquelas oportunidades não aproveitadas do profissional poder se referir à participação de outro profissional no processo saúde-doença-cuidado.

##### **Episódio 8:**

M: Vou ter que verificar a pressão em você, eu não sei porque o pessoal não está verificando a pressão.

Ao contrário do que se verifica no episódio anterior, o médico não faz referência a seus colegas, distinguindo-o por suas atribuições na unidade, trata a todos por “o pessoal” e critica as tarefas desempenhadas pelos colegas diante dos pacientes.

**Quadro 7 - Episódios relativos ao trabalho em equipe, por médico e por município: sumário dos aspectos principais.**

Trabalho em Equipe	
MUNICÍPIO I	
M 17	Observa-se trabalho em equipe, tendo por referência principal a ação do ACS e da enfermeira. Este atua em complementariedade com M17 como elo de comunicação e em funções esporádicas como cuidar das crianças enquanto a paciente está sendo atendida. A enfermeira tem suas ações definidas, podendo substituir M17.
M20	Observa-se trabalho em equipe; a referência principal é a ação do ACS. Os pacientes são associados ao ACS da área no início de cada consulta; este auxilia no agendamento, na divulgação e nas condições para realização do atendimento nos espaços comunitários utilizados.



<b>MUNICÍPIO II</b>	
M1	Observa-se trabalho em equipe; a referência principal é a ação do ACS. O ACS é considerado elo de comunicação entre a equipe e a comunidade. São referidas falhas.
M2	Observa-se trabalho em equipe; a referência é a ação do ACS e da enfermeira. O ACS atua como ponte entre a equipe e a comunidade. A enfermeira, profissional de nível superior, tem funções equiparáveis às do médico. As visitas domiciliares são feitas pelos profissionais, conjuntamente ou em separado, dependendo da necessidade.
M3	Observa-se trabalho em equipe; a referência principal é a ação do ACS. Este assume a função de ponte com M3, já que se trata de zona rural, prepara a localidade para atendimento, ajuda na tomada dos sinais vitais antes dos atendimentos.
M6	Observa-se trabalho em equipe; a referência principal é a ação do ACS. Refere-se a função deste na visita domiciliar e reconhece-se a confiabilidade das informações por ele coletadas.
M8	Observa-se trabalho em equipe; a referência principal é a ação do ACS. Refere-se a função deste na visita domiciliar. Refere-se em uma situação específica a ação de um auxiliar de enfermagem responsável pelo bloqueio vacinal de uma área.
<b>MUNICÍPIO III</b>	
M5	Observa-se o trabalho em equipe, ainda que frágil. M5 refere-se ao trabalho do enfermeiro e das auxiliares de enfermagem. Com relação aos ACS, denuncia diante dos pacientes falhas em procedimentos realizados, como também com relação a auxiliares de enfermagem e recepcionistas. Refere-se aos colegas com impessoalidade tratando-os por "o pessoal".
M10	Outros profissionais das equipes não são referidos nem pelo médico nem pelos pacientes.
M11	Outros profissionais das equipes não são referidos nem pelo médico nem pelo paciente. M11 se coloca como única referência para resolver os problemas da comunidade. Para se referir a outros profissionais da equipe, utiliza-se "a moça" ou "o rapaz", sem nome próprio, cargos ou função.

Nos Municípios I e II observa-se uma mudança da rotina do médico em decorrência de um trabalho complementar com o ACS. Principalmente no Município I, os ACS são muito referidos. Não se pode afirmar a existência de equipes, porém a importância dos ACS é reconhecida pelo médico no PSF, e a sua presença nas equipes possibilitou mudanças no atendimento à população.

Esta categoria também favorece a observação do trabalho entre médicos de um mesmo município. Os profissionais das equipes de zona rural têm um tempo de convivência importante durante os deslocamentos; ao mesmo tempo lhes é exigida uma convivência extra como a rotina de almoços conjuntos.

#### **V.4.5. Episódios relacionados à Categoria 5: "família como unidade de trabalho"**

Para serem incluídos nessa categoria (Quadro 8), os episódios deveriam mostrar as famílias consideradas como unidade de atenção, cuidado e resolução de problemas, como se vê no Episódio 9, a seguir.

**Episódio 9:**

M: Sei. Tem história assim de pressão alta, açúcar no sangue na família? Como seus pais, ou parentes próximos...?

P: Aí não sei não.

M: Tem alguma doença na sua família que passa assim de pai para filho ou de mãe para filho, tem muita gente que tem aquela mesma doença na família? Tem gente assim na família, tem um bocado de gente com pressão alta...?

P: Tem.

M: Na família tem um bocado de gente com doença de epilepsia...

P: É...

M: Ataque de epilepsia

P: Isso, eu...

M: Tem isso na família?

P: Isso eu não tenho. Nenhum de minha família não tem não. Agora só tem muito assim nervoso. Eu tenho uma menina mesmo que é nervosa que só vendo.

M: O que que acontece com ela quando ela fica nervosa?

P: Oxe!, eu não sei não...

M: Não pode falar com ela, conversar com ela?

P: Conversa, oxe!

M: Ela conversa tudo, faz as coisas todas?

P: É... quase tudo.

M: Mas quando se zanga...

P: É... vixe, aí agora só vendo. Porque teve um tempo que ela ficou de cama de eu dar comida assim na boca dela que nem criança.

A família é reconhecida pelo médico enquanto fonte de laços de consangüinidade e é referida na investigação dos antecedentes mórbidos, buscando avaliar a predisposição do indivíduo a apresentar determinados problemas de saúde.

**EONA – Família como unidade de trabalho**

Definição: Experiência de oportunidade não aproveitada pelo profissional médico de considerar a família como objeto e/ou parceiro na atenção, cuidado e resolução de problemas.

**Episódio 10:**

M: Hum, hum, certo. O ideal era fazer um... assim primeiro você tem que examinar né? Tem que ter o momento assim próprio para ele [o filho]. Certo? Se cada pessoa que entra traz dois problemas aí a gente marca dez consultas...

P: É isso mesmo.

M: ...que são vinte né?

A família não é considerada como unidade de atenção e cuidado quando mais de um de seus membros estão presentes na consulta, mas o atendimento restringe-se àquele que tinha consulta marcada. Observa-se ainda uma ênfase no atendimento individual.

**Quadro 8 - Episódios relativos à família como unidade de trabalho, por médico e por município: sumário dos aspectos principais.**

Família como unidade de trabalho	
<b>MUNICÍPIO I</b>	
M17	A família é referida como constituída por coabitação e por consangüinidade. A família é referida como unidade de organização do arquivo médico que dispõe de prontuários por família; quando necessário à consulta, estende-se a outro membro da família presente; a família é referida na investigação de antecedentes mórbidos. M17 demonstra interesse na constituição e na dinâmica familiar.
M20	A família é referida como constituída por coabitação e por consangüinidade. A cada família é atribuído um número de identificação que também é afixado na casa. A família é referida na investigação de antecedentes mórbidos. O casal é considerado uma unidade no tratamento de DSTs.
<b>MUNICÍPIO II</b>	
M1	A família é referida principalmente como constituída pela consangüinidade. Observou-se o estabelecimento de aliança com familiar visando a garantia da rotina de cuidados. A família é sistematicamente referida quando da investigação de antecedentes mórbidos. A família somente é levada em consideração quando um membro doente é atendido.
M2	A família é referida principalmente como constituída pela consangüinidade. A família é sistematicamente referida quando da investigação de antecedentes mórbidos. Aproveita-se a presença de um dos membros para abordar a condição de saúde de todos. Observa-se respeito ao sigilo de informações, mesmo entre familiares.
M3	A família é referida como constituída pela consangüinidade. A família é sistematicamente referida quando da investigação de antecedentes mórbidos. Enquanto objeto de cuidados, não se recorre à família, mesmo em casos de morbidade psiquiátrica.
M6	A família é referida como constituída pela consangüinidade. A família constitui uma unidade quando do tratamento das DSTs. Um paciente pode ser representado por uma familiar, principalmente o filho pela mãe. A estrutura e a dinâmica da família não são objeto de investigação nem de cuidados.
M8	A família é fortemente referida como constituída pela consangüinidade. A proximidade maior do parentesco detém maior valor. A família é sistematicamente referida quando da investigação de antecedentes mórbidos. A estrutura e a dinâmica da família não são objeto de investigação nem de cuidados.
<b>MUNICÍPIO III</b>	
M5	A família é compreendida como constituída por laços de coabitação. A família é referida como unidade de organização do arquivo médico que dispõe de prontuários por família. Observa-se interesse pela estrutura e dinâmica familiar, principalmente quando refere as redes de cuidado, porém a informação não gera nenhuma intervenção observável.
M10	A família é referida como constituída pela consangüinidade. A atenção é individual, centrada no membro doente independentemente da presença da família na consulta. A estrutura e a dinâmica da família não são objeto de investigação nem de cuidados.
M11	A família é referida como constituída pela consangüinidade, de forma estereotipada, como família nuclear. A família é referida como uma unidade quando da investigação de antecedentes mórbidos.

Todos os médicos compreendem o conceito de “família” como agrupamento humano constituído por laços de consangüinidade. Algumas equipes ampliam esta compreensão, porém não o fazem de forma sistemática. A família não parece ter sido

assimilada como unidade de trabalho, sendo sistematicamente referida para tratar dos antecedentes mórbidos. Em algumas equipes, é vista como unidade de organização e é compreendida como objeto de atenção quando se trata de doenças infectocontagiosas.

Os familiares não são considerados como corresponsáveis pelas ações do serviço de saúde, quando se trata de fortalecer estratégias de cuidados.

Entre os médicos estudados, apenas M17 demonstra interesse pela estrutura e dinâmica familiar, mas as informações coletadas ou disponibilizadas espontaneamente não geram ações específicas.

#### **V.4.6. Episódios relacionados à Categoria 6: “característica da atenção”**

Nesta categoria (Quadro 9), encontram-se episódios em que se observa o médico buscando prestar uma assistência integral, contínua, resolutiva e racionalizada.

##### **Episódio 11:**

P: E também eu sinto uma dor muito forte na minha barriga. Mas isso não é direto, né, é de vez em quando.

M: Você já teve esse problema, lembra? Ano passado, no início do ano passado.

P: Que eu vim aqui?

M: Sim, não foi comigo mas foi com o outro colega, que na ficha tá...

P: Ah! Sei, sei, isso mesmo, acho que era lá no posto, né?

M: Foi no postinho de lá.

P: Exatamente, aí acho que me pediu exames de fezes, aí parece que eu fiz e não deu nada nessa época não.

M: E você fez preventivo também na época...

P: Isso, isso mesmo. Tá certo, é que eu esqueço.

Este episódio ilustra a continuidade da assistência, a retomada da história clínica da paciente, possível pelo registro no prontuário. Também trata da racionalidade desta assistência, uma vez que a referência a exames passados esclarece sobre a suspeita diagnóstica, dispensando, por exemplo, a solicitação de exames e encaminhamentos já realizados.

##### **EONA – Característica da Atenção**

Definição: Experiência de oportunidade não aproveitada do médico prestar assistência integral, contínua, resolutiva e racionalizada.

**Episódio 12:**

M: Teve febre?

P: Teve.

M: Que dia que ele teve febre?

P: Ele teve febre (?) o pezinho aqui dele desmentiu. Aí eu levei para engessar aí. Passaram lá...

M: Sim, mas essa semana ele teve?

P: Não.

M: Ontem, hoje, não?

P: Não.

Não se realiza, neste episódio, a integralidade da assistência. Um segundo problema de saúde é relatado pela paciente, mas não é assimilado pelo médico, que se concentra unicamente em torno do sintoma pelo qual a criança foi levada à consulta, a febre.

**Quadro 9 - Episódios relativos à característica da atenção, por médico e por município: sumário dos aspectos principais.**

Característica da Atenção	
<b>MUNICÍPIO I</b>	
M17	A atenção é marcada pela perspectiva da continuidade da assistência. Quando se fala em previsão de retorno, retoma-se a queixa anterior, avalia-se o efeito da intervenção medicamentosa. Compreende-se a atenção integral, mas alguns episódios negligenciam este princípio.
M20	A atenção não é orientada pelas características do PSF porque os exames laboratoriais são muito valorizados e não se dispõe de rede de referência para isto. Assim, a resolutividade fica prejudicada, como também a continuidade porque esta depende dos exames e a situação tem como base uma racionalidade que não corresponde ao raciocínio clínico-epidemiológico.
<b>MUNICÍPIO II</b>	
M1	A atenção é caracterizada pela continuidade com a previsão de retorno e visita domiciliar; pela atenção integral incluindo a atenção em saúde bucal; pela racionalidade orientando as ações complementares.
M2	A atenção é caracterizada pela continuidade com previsão de retorno e visita domiciliar — dependendo da avaliação do estado de saúde do paciente; pela atenção integral, incluindo a atenção em saúde bucal, pela racionalidade orientando as ações complementares. A continuidade da assistência possibilita a avaliação da resolutividade. Compreensão da unidade como porta de entrada do sistema de saúde seguindo o princípio da hierarquização.
M3	A atenção é caracterizada pela continuidade com a previsão de retorno e visita domiciliar; pela atenção integral incluindo a atenção em saúde bucal; pela racionalidade orientando as ações complementares. Compreensão da unidade como porta de entrada do sistema de saúde, seguindo o princípio da hierarquização.
M6	A atenção é caracterizada pela continuidade com a previsão de retorno e visita domiciliar; pela atenção integral incluindo a atenção em saúde bucal; pela racionalidade orientando as ações complementares. Compreensão da unidade como porta de entrada do sistema de saúde, seguindo o princípio da hierarquização.
M8	A atenção é caracterizada pela continuidade com a previsão de retorno e visita domiciliar; pela atenção integral incluindo a atenção em saúde bucal; pela racionalidade orientando as ações complementares. Compreensão da unidade como porta de entrada do sistema de saúde, seguindo o princípio da hierarquização.

<b>MUNICÍPIO III</b>	
M5	A continuidade da assistência é prevista nas consultas; entretanto, é ameaçada já que os serviços complementares não estão garantidos na rede. O princípio da integralidade é respeitado como também a racionalidade da assistência, priorizando-se as queixas mais graves.
M10	Nas consultas observadas, a continuidade não é agendada. Como o sistema de saúde não compõe uma rede de referência não se pode referir a unidade de saúde como uma porta de entrada do sistema, utilizando os serviços de acordo com o grau de hierarquização.
M11	A atenção é caracterizada pela continuidade, e fortalecida pela condição do médico ser funcionário lotado naquela unidade há muitos anos. Esta continuidade não é uma característica do PSF. Observa-se o exercício da atenção integral e racional fortalecida pela disponibilidade do médico.

As condições dos municípios distinguem a atenção prestada pelos profissionais. Os Municípios I e III, por não possuírem rede de referência e assistência farmacêutica estruturadas, não podem garantir a continuidade da assistência, prejudicando também a resolutividade. Nestas equipes, a assistência do PSF é associada ao regime de trabalho do médico e a disponibilidade decorrente. Especialmente para M11 a condição da assistência farmacêutica interferiu nas suas rotinas. Observou-se a unidade esvaziada e esta condição foi associada à falta de medicamentos.

Os médicos do Município II, guardando diferenças de estratégias de atuação, têm o exercício da atenção marcado pela continuidade e resolutividade, contando com consultas e visitas domiciliares, integralidade que abrange a saúde bucal atendida na unidade, rede de serviços especializados, racionalidade, considerando a priorização da assistência e a hierarquização desta, tendo o PSF como “porta de entrada” para o sistema.

#### **V.4.7. Episódios relacionados à Categoria 7: “paciente como sujeito”**

Definição: Compreensão do paciente como sujeito do processo saúde-doença-cuidado, buscando desenvolver sua autonomia, postura de corresponsabilidade, distinguindo no problema o contexto pessoal, familiar e social (Quadro 10).

##### **Episódio 13:**

M: Quem aplica a insulina?

Acompanhante (AC): Eu mesmo.

M: A senhora?

AC: É

M: Certo. Vamos ver aqui, L. Sente aqui um pouquinho tire o capote. Como é que a senhora aplica a insulina? Faz de conta que isso aqui é insulina e a senhora vai aplicar nele agora. Suba aí. Pronto.

AC: Eu faço isso né? Puxa um pouquinho... puxa um pouquinho para ver se tem sangue. Depois aplico.

M: A agulha perpendicular né? Ou seja, não pode ser assim nem assim. E depois de usar o que é que faz com a seringa?

AC: Aí é porque ela pediu para usar dois dias ou três e depois jogar fora. Porque é uma pessoa só.

M: É, não é necessário jogar fora, já que é ele só que usa, né?

AC: Tem que trocar a agulha.

M: É tem que trocar a agulha só. Mas a seringa, parte de baixo, não é necessário, pode usar mais de uma vez. Tá certo? Coloca a insulina na geladeira. Se vier sangue não pode aplicar

AC: Não pode aplicar.

M: Essa seringa não pode ser reutilizada. Se, por acaso, a senhora puxar e vier sangue tem que jogar essa fora. Por quê? O sangue coagula, entope a seringa, aí não pode. Mas se não vier sangue não tem problema. Troca a agulha e toma o remédio, tá certo? Quais são as partes do corpo, não aplicar sempre na mesma área, todo... repetido. Mudar as áreas do corpo, né?

Através da estratégia de simulação, o desenvolvimento da autonomia do paciente é estimulado, e ele se sente responsabilizado por sua saúde.

EONA – Paciente como sujeito

Definição: Experiência de oportunidade não aproveitada de distinguir o paciente enquanto sujeito co-responsável pelo cuidado com a saúde, procurando desenvolver sua autonomia.

#### **Episódio 14:**

M: ...sim mas ele tomava sopinha e continua tomando, não toma?

P: Toma.

M: Sopinha de verdura, legumes, beterraba, cenoura...

P: É, aquele Miojo.

M: Sem o pozinho, não é?

P: É.

M: Coloca o pozinho no Miojo?

P: Bota.

M: Coloca. Tire aquela porcaria, aquela química, faz assim, cozinha. Cozinha assim uma carinha moída, faz um ensopadinho até o caldo do ensopado, aí tira aquele caldinho e coloca no Miojo, viu? Carninha. Tira a carinha moída e bota junto viu? É melhor do que botar aquele pozinho. Eu não gosto desses negócios com muita química para criança não, mesmo dizendo que vem o da Mônica, não sei o quê, pra criança eu não gosto muito de química não, gosto mais do natural. Comidinha natural, feita assim com verdurinha bem lavadinha, viu?

A condição de vida do paciente e os recursos de que dispõe para a alimentação da criança são desvalorizados pelo médico, que prescreve a dieta, e indica como os alimentos devem ser preparados. Nada é construído na relação, tudo é imposto. A autonomia do paciente não é favorecida enquanto o médico dita o que é certo, o que deve ser feito, como deve ser feito.

**Quadro 10 - Episódios relativos à categoria paciente como sujeito, por médico e por município: sumário dos aspectos principais.**

Paciente como sujeito	
<b>MUNICÍPIO I</b>	
M17	O paciente é considerado como sujeito. M17 valoriza as iniciativas tomadas antes da consulta, busca conjuntamente construir alternativas para a compra de medicamentos já que o município não dispõe de programa de assistência farmacêutica. Usa recursos argumentativos e não persuasivos para conquistar a adesão dos pacientes.
M20	O paciente é considerado sujeito em alguns episódios, como quando ocorreu concordância de M20 com a compreensão da paciente sobre o processo saúde-doença e a sua participação na decisão e na escolha da apresentação da medicação. Predominam experiências de oportunidade não aproveitadas porque os pacientes recebem uma senha ao chegar na unidade são chamados e cumprimentados de acordo com esta, sendo identificados também pelos ACS. A atenção é prescritiva e normativa observando-se frequentemente a desvalorização da capacidade cognitiva dos pacientes.
<b>MUNICÍPIO II</b>	
M1	O paciente é considerado como sujeito. O paciente é ouvido, M1 reconstrói as histórias, sinalizando a importância da observação dos sinais e sintomas busca-se compreender os significados dos pacientes. Busca-se construir práticas de cuidado, através de estratégias de simulação, pretende-se desenvolver autonomia nos pacientes.
M2	O paciente é considerado sujeito. A compreensão do paciente do seu processo saúde-doença é estimulada; suas estratégias anteriores à consulta são respeitadas, busca-se construir um conhecimento comum. M2 incentiva e valoriza a auto-observação, os comportamentos de saúde desenvolvidos e a participação em iniciativas de controle social.
M3	O paciente é considerado sujeito. A compreensão do paciente do seu processo saúde-doença é valorizada; suas estratégias anteriores à consulta são respeitadas; observa-se a escolha da apresentação do medicamento que será utilizado, bem como dos horários mais acessíveis. Observam-se estratégias de desenvolvimento da autonomia mediante sugestão e incentivo de práticas de cuidados cotidianas.
M6	O paciente não é considerado sujeito. O paciente não é ouvido, sua compreensão da realidade não é valorizada. Os procedimentos são impostos, sem alternativas. Observa-se desconsideração da realidade socioeconômica do paciente, como também relatos de conteúdo psicossocial.
M8	A condição do paciente enquanto sujeito não é mantida em todas as consultas, nem ao longo das mesmas. M8 convida o paciente a participar na tomada de decisão quanto ao plano terapêutico, capacita-o a exercer autonomamente os cuidados com a própria saúde, como também, afirma o saber do médico sem justificá-lo, não incorpora as práticas de cuidados adotadas pelo paciente, despreza o esforço do paciente de auto-observação visando à construção do processo saúde-doença.
<b>MUNICÍPIO III</b>	
M5	A condição do paciente enquanto sujeito não é mantida em todas as consultas. O paciente é elogiado pela iniciativa de fazer exames antes da consulta médica, e participa da tomada de decisão quanto ao procedimento a ser adotado. Observa-se também falas repreensivas, moralistas, quando se trata de um quadro de DST, da condição de uma gestante, ao paciente cabe obedecer e se não o fizer sofre repreensão. A condição socioeconômica é desprezada e são censuradas as alternativas adotadas pela comunidade.



M10	A condição do paciente enquanto sujeito não é mantida em todas as consultas. Os pacientes são ouvidos, enquanto informantes de sua própria história; em situações específicas, oportuniza-se a escolha sobre a continuidade ou não do tratamento. Observam-se também episódios nos quais ocorrem desqualificações da compreensão e das ações de cuidados dos pacientes. Não são aproveitadas oportunidades para o desenvolvimento da autonomia.
M11	A condição do paciente enquanto sujeito não é mantida em todas as consultas. Os pacientes são ouvidos, sua opinião é respeitada quanto ao tipo de medicação preferida. Observa-se desprezo pela compreensão do paciente e subordinação aos procedimentos médicos sem justificativa.

O paciente enquanto sujeito é uma realidade observada nos Municípios I e II. Observa-se que as histórias são ouvidas, as iniciativas de cuidados anteriores às consultas são respeitadas e, na medida do possível, valorizadas. Principalmente com relação aos pacientes crônicos, são aproveitadas oportunidades para o desenvolvimento da autonomia, com a utilização de estratégias como, por exemplo, simulação de situações e procedimentos na aplicação de insulina. Os pacientes têm a chance de escolher alternativas de tratamento e tomam decisões sobre alternativas de cuidados.

No Município III, são observados episódios de desqualificação da história do paciente, das alternativas de cuidados construídas autonomamente, dos comportamentos, principalmente quando se trata de comportamentos sexuais julgados por princípios morais, não necessariamente compartilhados pelos pacientes.

## V.5. Análise interacional

Esta análise foi realizada nas transcrições de quatro médicos entre os dez que compõe a análise temática orientada pelas diretrizes. A seleção, pelo menos um médico de cada município, considerou o município, o sexo, a idade, área urbana ou rural. Diante deste quadro, foi composto um conjunto: uma médica trabalha no município da Região Metropolitana de Salvador; um médico da zona rural e uma médica da zona urbana do município da Região do Semi-árido; e um médico da zona urbana do Município, região litorânea.

### **V.5.1. O profissional M2**

M2 é um profissional que atua na zona rural. Sua rotina de trabalho exige o deslocamento de aproximadamente 30 Km da sede do município para as várias localidades contidas na sua área, com trechos de estrada de barro. A sede da área adscrita na qual se encontra o posto de referência da equipe é o local mais antigo em relação às outras localidades. O posto conta com instalações muito pequenas que são utilizadas principalmente como almoxarifado e farmácia. Neste espaço, os profissionais permanecem por pouco tempo durante a rotina da semana. O atendimento nas localidades é feito em espaços comunitários adaptados.

A rotina diária consiste em sair da sede do município e ir direto para uma localidade. Depois dos atendimentos, que podem ser consultas e/ou visitas domiciliares, os profissionais se dirigem à sede onde almoçam na casa de uma senhora que presta este serviço e retomam as atividades que incluem atendimentos e visitas na própria sede e a preparação para o próximo dia de trabalho. No retorno, sempre acontecem visitas domiciliares.

A dinâmica de trabalho da equipe pareceu saudável e integrada. Entre as oportunidades de observação do trabalho de M2 foi recebida a notícia da morte de um morador da comunidade. O senhor contava mais de setenta anos e desenvolvera seqüelas advindas de problemas gástricos. A equipe havia preparado uma “hospitalização em domicílio”, já que a família decidira não interná-lo na sede, após avaliarem que uma experiência anterior havia sido prejudicial. Antes que se instalasse a hospitalização, o senhor faleceu. Esta situação mobilizou M2 que se considerou impotente diante de uma situação como aquela; considerava o senhor uma referência muito importante para a família, a comunidade e para a equipe do PSF. A equipe reuniu-se e foi à casa da família em uma visita de pêsames.

Ao tempo em que corresponde à imagem tradicional do médico no que se refere à forma de vestir, ao uso do jaleco durante as consultas, adotando uma postura séria, M2 é uma pessoa capaz de proporcionar oportunidades descontraídas com a equipe e a comunidade, implementando, por exemplo, atividades artísticas nas reuniões. Mostra-se

muito comprometido em suas ações, desde a sistemática tomada de notas das pendências na agenda, que lista as visitas domiciliares a serem feitas em cada comunidade.

Com relação à análise do conjunto das consultas de M2 pode-se destacar:

**Integralidade** — Observa-se uma preocupação em realizar uma abordagem integral do paciente; entretanto, a dimensão psicossocial é pouco contemplada. Quando o paciente aborda alguma questão psicossocial ou quando esta emerge ao longo da consulta, observa-se a escuta, mas a questão não se torna objeto de intervenção.

Como exemplo, pode-se citar um episódio de um senhor, motorista de caminhão, que no momento da consulta apresentava um quadro grave de hipertensão. Durante a entrevista, quando perguntado onde o senhor morava e seu estado civil, este respondeu a localização da sua residência e disse que estava sem mulher, que tinha largado a mulher “porque não dava certo”. Quando perguntado qual era a sua alimentação, o que tinha comido de manhã respondeu que ele mesmo preparava o que comer, e que tinha comido “um resto de arroz e umas bolachas”. Estas respostas não geraram nenhum comentário. A hipertensão exigiu que o senhor passasse toda a manhã sob observação entre medicação e verificações da pressão. M2 informou ao paciente que, com aquele quadro, a qualquer hora ele poderia sofrer um infarto; entretanto a sua condição sem família ou rede de apoio estruturada, sua declaração sobre seus vínculos afetivos anteriores e sua aparência desprezada não foram motivos de qualquer consideração. Foi agendado no final da manhã que o senhor seria acompanhado semanalmente e que se sentisse qualquer mal-estar o agente comunitário saberia onde localizar a equipe e poderia ajudar no contato.

**Autonomia** — Este médico escuta atentamente as histórias dos pacientes e aponta elementos que devem ser articulados com o quadro; do mesmo modo, no momento das prescrições, busca construir junto com os pacientes os meios para lidar com as situações. A seguir, encontra-se transcrito um exemplo de uma senhora que tem como queixa dores nas costas e no pescoço, decorrentes de esforços físicos. Destaca-se a construção feita pelo médico para que a senhora aponte a solução do seu problema:

M: ...diga aí porque me procurou.

P: Eu sinto, assim quando eu pego peso, eu sinto uma dor daqui aqui assim das costa que sobe pro pescoço assim. Tem hora que eu não consigo nem virar (?) dá assim.

M: Quando pega peso, é?  
P: É quando eu boto bacia de roupa muito pesada na cabeça.  
M: Aí na cabeça, a senhora bota na cabeça...  
P: Eu boto na cabeça a bacia de roupa...  
M: Aí sente aquela..., né?  
P: Daqui da parte...  
M: Subindo pro pescoço?  
P: E sobe o pescoço assim.  
M: Certo.  
...  
M: E esse peso que a senhora bota na cabeça, tem que botar todo dia esse peso, é?  
P: Só o dia que eu lavo roupa ou então pego água, eu apanho água do chafariz.  
M: Não tem um carrinho, um negócio pra vir arrastando essa água não?  
P: Agora que eu comprei um carrinho. Ontem eu comprei um carrinho de pegar água.  
... (exame físico)  
M: Respire, solte, respirando e soltando, vá. [pausa] Desce a cabeça assim um pouquinho. Se eu empurrar e doer, a senhora me fala, viu? Doeu? E agora?  
P: Não.  
M: É aqui assim é, que incomoda?  
P: Daqui assim pra cá, do meio cá pro (?) assim.  
...  
M: É, saiu sangue e tudo. Oh, do pescoço faz a pressão na cabeça empurra a vértebra, que é esse ossinho da gente da coluna, é um osso da coluna toda, apertada e com... Apertada o nervo, o nervo que vem pra cá pra esse lado, entendeu?  
P: É o nervo, é o nervo, é.  
M: Isso que está acontecendo com a senhora, então faz peso. Então, o que é bom? Se a senhora não pegar peso dói?  
P: Não dói não.  
M: Então, qual o melhor remédio que tem?  
P: É eu não pegar o peso.  
M: Não pegar o peso.  
P: É, isso eu já falei lá que eu não vou mais pegar peso.  
M: Então, isso aí é uma coisa assim, já teve isso, né? Porque com o passar do tempo, a senhora foi pegando peso, pegando peso, pegando peso, o osso foi amassando um pouquinho, né? Achatando, então vai acontecendo isso. Então, o ideal agora pra não piorar é não pegar o peso. A senhora não pode botar esse peso na cabeça de jeito nenhum, tá certo?  
P: É.  
M: Remédios isso aí só toma se ficar atacado o tempo todo, aí tem que tomar o remédio pra aliviar e tal. Mas assim no seu caso não precisa, tá certo? Não precisa tá tomando remédio.

Esta queixa podia ter sido muito mais rapidamente abordada se o médico afirmasse, sem perguntar sobre o cotidiano da senhora, que nada havia a ser feito pelo médico, que remédio não ia resolver, ou prontamente passasse um remédio, ou ainda,

com um tom pessimista afirmasse que talvez melhorasse se ela deixasse de pegar peso. Sem dar esperanças, nem dar a palavra à senhora. Do modo como a consulta foi encaminhada, a senhora pôde manter sua hipótese a respeito da causa da dor e ainda referendar sua decisão com a palavra do médico, numa outra condição de poder: “É, isso eu já falei lá que eu não vou mais pegar peso”.

Prevenção e promoção da saúde — Ao tratar de prevenção e promoção da saúde, M2 pergunta aos pacientes qual a avaliação do paciente ou do acompanhante sobre a saúde daquele, do modo como está sendo feito o tratamento. Sugere como deve ser feito e solidariza-se com as perdas ocorridas a partir do comportamento preventivo.

O exemplo a seguir relata a consulta de uma mãe que leva a filha com queixa recorrente de um problema na pele. Após o exame, M2 diz:

M: Fora a pele, você acha a saúde dela boa?  
P: Graças a Deus, agora só que ela come é bem pouquinho.  
M: Não é boa boca pra comer.  
P: Não é boa boca pra comer.  
A: Mas mama toda hora que tem vontade?  
P: Mama.  
M: Deixe ela mamar, ela tem que comer outras coisas já, né?  
P: Come. (?) verduras, verduras, bastante verduras pra ela.  
M: Essa verdura você começou a dar quando, que mês ela tinha?

O segundo exemplo trata de um senhor que teve uma tontura na rua e, ao se dirigir a um posto de saúde, foi referido o diagnóstico de hipertensão. No início da consulta, o paciente afirma que sempre foi uma pessoa muito saudável, demonstrando estar angustiado com a situação. Possivelmente buscando confirmar o diagnóstico, M2 fez toda a entrevista. Num dado momento, pergunta pela alimentação e se solidariza com o paciente a quem tinham sido propostas várias mudanças:

M: Tá se alimentando normalmente, o apetite tá bom (?).  
P: Bom. Tô comendo tudo sem sal. Café, eu não tô tomando, nem...  
M: Quem falou para tirar o sal foi a médica?  
P: Sal e... comida. Comida toda sem sal, café e fumar. Daqueles dias para cá, não fumei mais também. Antes eu fumava. De terça-feira para cá eu não fumei mais, não.  
...  
M: Lhe tirou um bocado de coisa, né?  
P: Tirou logo d'uma vez, né?  
M: Então pronto.

Extensão das Falas — Com os exemplos apresentados, pode-se observar que as falas de M2 são constituídas de sentenças longas. Pode-se ver também a utilização de sentenças semelhantes por parte dos pacientes. Uma outra característica decorrente da extensão das falas é a concatenação dos temas da consulta, que parece sempre introduzido com delicadeza.

Tipos de perguntas — M2 emite perguntas abertas e fechadas, como também usa do recurso de repetir a fala do paciente para enfatizar ou questionar uma situação. Pode-se afirmar que as perguntas são abertas ou parcialmente abertas, gerando a possibilidade de falas mais longas.

Tentando relacionar estas considerações com os tipos ideais de relação médico-paciente propostos por Emanuel & Emanuel (1992), pode-se afirmar que M2 favorece o estabelecimento de uma relação paternalista clássica, com tendência ao tipo interpretativo. M2 não resolve o que fazer com o paciente e presta informação, conduz as consultas, interpreta as informações prestadas e demonstra com perguntas de esclarecimento o processo de construção da queixa, do diagnóstico e da prescrição.

Este é um padrão que se mantém ao longo das consultas.

### **V.5.2. O profissional M6**

M6 é médico do PSF no Município II e atende numa equipe da zona urbana. Chegara recentemente do Sudeste com a família para residir e trabalhar no município. No primeiro período de observação, sua atuação no PSF datava de uma semana. Ele assumiu a equipe de um outro médico em licença médica e dentro de alguns meses comporia uma nova equipe a ser formada.

Possivelmente por ter entrado recentemente no Programa, demonstrava não haver apreendido suas particularidades, nem se inteirado completamente dos serviços de saúde disponíveis. Contava com a colaboração dos colegas da equipe, que lhe prestavam esclarecimentos diversos.

A unidade na qual M6 estava trabalhando abrigava duas equipes que já tinham aproximadamente um ano de funcionamento. Entre as atividades desenvolvidas pela equipe, contava-se com várias atividades educativas para diversos grupos etários

(adolescentes e idosos) e reunidos por necessidades de saúde, como o grupo dos hipertensos.

M6 conduz as consultas com muita seriedade mesmo quando os pacientes comportam-se descontraidamente. Entre as consultas observadas, destaca-se o atendimento a um senhor embriagado, que necessitava ser operado de hérnia. O senhor usa de vários argumentos para seduzir M6 e a observadora; a reação de M6 é diretiva visando realizar a consulta. O médico tenta várias vezes finalizar a consulta, tendo que fazer concessões ao senhor, como escrever seu diagnóstico para a filha que sabia ler. Em seguida, encontra-se um episódio do início desta consulta quando o paciente aceita ser observado:

P: Duas moças! É umas moças... acho que foi Jesus que mandou pra mim.

M: Com certeza, pode sentar.

P: Tá bom, vamos minha filha (a médica), eu vou...

M: Se não fosse Ele, o senhor não estaria aqui, pode sentar.

P: É, minha patroa. Eu não vou nem, o que é que eu vou agradecer pra vosmicês que é duas moças celestes, bonitas e foi Deus que...

M: Seu O., deixa eu lhe perguntar, o senhor veio aqui uma vez, e a doutora lhe pediu uns exames e uma consulta com um cirurgião, o senhor lembra disso, o senhor foi lá, conversou com o outro médico, e aí o senhor não trouxe os resultados dos exames para mim não?

Integralidade — O modo como M6 aborda os pacientes é biologicista e patologizada.

M: Ela tá fazendo uma pesquisa na Universidade em Salvador... Oh meu Deus... estão fazendo né? Uma pesquisa com a gente aqui. Tem o resultado, né T.? Fez exame quando? Dia 6 (?). Aqui comigo né? Seu preventivo não deu nada de câncer, viu? Deu normal. Não deu... só deu uma inflamaçãozinha. A gente vai tratar direitinho, vai fazer tratamento, tá?

Vê-se pela abordagem, que o médico dá um resultado preventivo enfatizando como primeira expectativa um câncer. Por maior que seja a prevalência na área, pode-se indagar o porquê na ênfase do câncer. Trata-se de uma estratégia positiva para que a mulher cuidasse de si, observasse seu corpo.

Autonomia — A prática de M6 é orientada pela queixa e está dirigida para a prescrição, limitada a medicações. Em uma consulta em que uma senhora suspeitava estar grávida, a investigação se dá em meio a muita incompreensão. M6 não adota nenhuma

estratégia que facilite a compreensão do problema como por exemplo o uso do calendário para esclarecer a data da última menstruação. Não esclarecendo esta data, M6 mostra-se irritado e chega a dizer que a paciente “está enrolando”. A paciente explicita que está nervosa, assumindo a dificuldade de informar devidamente, ao invés de mostrar que M6 favorece o seu nervosismo.

P: ...três meses que a menstruação não vem.

M: A gente vai precisar pedir outro teste deste daqui. Por que você era para menstruar no dia 30/6, né? Não menstruou. Só que você fez o exame com quatro dias de atraso, tá? E quatro dias de atraso não dá pra gente saber se ... tá grávida ainda. Esse exame aqui tinha que ser feito agora. Depois de dez dias de atraso é que a gente tinha que fazer. Então de repente, se você fizer hoje...

P: Quando eu fiz, minha menstruação tinha ido embora. Quando eu fiz.

M: Então não menstruou em maio, menstruou em junho.

P: Mas...

M: Você tá enrolando, então. Porque olha só. Você falou pra mim que dia 30/6, ela era pra vir, mas não veio.

...

P: Tô um pouco nervosa.

Prevenção e promoção da saúde — M6 não inclui na sua prática a prevenção e a promoção da saúde, possivelmente devido à compreensão biologicista do processo saúde-doença. Reconhece sua tarefa como sendo a de medicar e/ou encaminhar para especialistas. Quando se trata de ampliar a investigação do problema ou a formulação do plano de tratamento, isto não se dá numa perspectiva ampla de saúde, pois as necessidades de saúde da população são sempre compreendidas de forma biologicista.

A seguir, um episódio de consulta em que o paciente referia queixa anterior de tosse e uma queixa nova de dor de cabeça. Para a investigação, foi pedido uma radiografia do tórax. Na oportunidade, o paciente demonstra preocupação com manchas pretas que visualizou no exame; M6 explica sobre a imagem apontando as diferenças e buscando distanciar as preocupações da senhora. Seu argumento é de que “não tem doença”, mas não discute a realidade do paciente, alternativas de combate à tosse e dor de cabeça, ou modos de tentar evitá-los, senão com o uso da medicação.

Extensão das falas — As falas de M6 são curtas, dirigidas para o foco da consulta. M6 busca confirmar a hipótese diagnóstica. E esta hipótese, compreendida de forma biologicista, não tem contexto, nem história, o que faz com que as falas sejam bem



sintéticas. M6 frequentemente interrompe a fala do paciente, buscando antecipar o raciocínio que está sendo exposto.

M: Esses caroços que você tem, a gente não indica nem pro dermatologista, a gente indica direto o cirurgião, né?

P: Sim, doutor, mas ele (o médico em licença) falou que é pra tirar esses pequenininhos assim, oh!

M: O que é que ele falou a respeito desses nódulos?

P: Ele falou que...

M: Ele falou que é um bichinho de gordura não é isso?

P: Foi.

Tipo de perguntas — As perguntas são diretivas, fechadas, podem ser respondidas com uma única afirmação. Nestas consultas, o diálogo tem imagem de *check-list*. Frequentemente, a resposta já está contida na pergunta, devendo ser apenas confirmada:

M: Ta tossindo com catarro ou sem catarro?

P: Com catarro.

M: Que cor?

P: Branco.

M: Branco? Não tem raios de sangue? Não é esverdeado nem é amarelado?

P: Não.

Ao longo das consultas, observa-se um padrão que pode ser nomeado de paternalista, a partir da classificação de Emanuel e Emanuel (1992): “Tem um verminho aqui que deu, um parasita, tá? Vou passar um tratamento pra você”. A compreensão do problema de saúde não prescinde da investigação dos fatores de risco, das condições de vida, para a elaboração da hipótese diagnóstica ou para a elaboração do plano de tratamento.

### **V.5.3. O profissional M10**

M10 desenvolve suas atividades no Município III. A observação de suas consultas orientadas pelo instrumento observacional ocorreu após período de eleição municipal. Durante a campanha eleitoral, foram inauguradas unidades de saúde de atendimento 24 horas e a farmácia municipal. Menos de dois meses depois das eleições, estes serviços haviam sido desativados. Os médicos que prestaram serviços no pronto-atendimento não haviam recebido remuneração até então. A expectativa dos profissionais de saúde e da

comunidade era de que a farmácia voltasse a funcionar dentro de poucos dias, mas todos mostravam-se céticos.

Dos médicos do PSF do Estado, M10 era o mais velho. Aos 72 anos, havia mudado para o Município III há mais de trinta anos. Relatou ter sido um renomado médico da região.

No contato com os pacientes, mostra-se empático e atencioso, adotando gestos paternais, aconselhando, repreendendo, fazendo menções morais. Na unidade de saúde, coloca-se como a referência, os problemas e dificuldades que ali chegam passam necessariamente por ele. Talvez por isso, a função dos outros componentes da equipe não se faça evidente para os pacientes. A dinâmica das atividades na unidade não refletem um trabalho em equipe. Durante as consultas, outros membros da equipe não são referidos nem por ele, nem pelos pacientes.

Os atendimentos médicos concentram-se na unidade de saúde, onde o médico atua oito turnos por semana. Como os demais médicos do PSF deste município, M10 tem folga um dia na semana. Na unidade de M10, não se observou nenhuma referência às visitas domiciliares. Possivelmente não faziam parte da rotina de trabalho de M10, que demonstrou não conhecer a localização de algumas das ruas nas imediações da unidade, ou seja, a região adscrita. M10 mantinha a sua atividade de consultório privado, realizada após suas atividades no PSF.

No período de coleta de dados, M10 e a enfermeira relataram uma redução significativa de atendimentos na unidade. M10 supunha que a causa estava relacionada ao fato de a farmácia municipal encontrar-se fechada. Ele relatou que enquanto a farmácia estava funcionando a unidade de saúde vivia cheia de pacientes. A farmácia fechou e a medicação deixou de ser distribuída. Assim, pela análise de M10, “não tem porque procurar o médico se não vai ter o remédio”. A produtividade era motivo de preocupação por parte do médico, que se mostrava empenhado em registrar todos os atendimentos realizados. Os pacientes que se dirigiam à unidade para obter atestado de aptidão para o trabalho ou outra informação, eram submetidos ao exame clínico, todos computados como consulta na folha de produtividade. Entre as narrativas, encontra-se a fala de uma senhora

que fora atendida para aproveitar a oportunidade, mas cuja queixa não havia mudado. Ela não havia realizado os exames complementares solicitados:

P: ...eu fiz a ficha só pra perguntar ao senhor se era pra trazer o... quando era pra trazer o raio X e o exame de escarro.

M: Já tirou os raios-X? Tá com eles aí?

P: Não, é porque eu falei que já tinha tirado um, só que manchou lá em casa (...) Precisa tirar outro?

M: Só eu vendo, né?

P: Ah, então tá?

M: Hum? É só isso que você queria?

P: Então tá, eu vou...

M: Ou tá sentindo alguma coisa?

P: Não, só a mesma coisa.

M: A mesma coisa, né?

(...)

P: É só isso mesmo.

M: Mas eu vou lhe examinar, vou aproveitar e vou lhe examinar, viu?

Na relação com os pacientes, M10 mostra-se empático e cuidadoso. Duas pacientes lhe fizeram elogios e explicitaram o quanto confiam nele, recorrendo primeiramente a ele em caso de problema de saúde. M10 ressaltava freqüentemente para seus pacientes: “Eu sou o médico da família, o médico que vai atender a sua família”. A despeito da ênfase que era dada a esta condição de “médico da família”, a sua prática no PSF não se distinguiu dos outros modelos de assistência.

Diante do esvaziamento em que se encontrava a unidade, e da pequena adesão do profissional às diretrizes do PSF, não era feita qualquer priorização para os moradores da área. O paciente poderia ser atendido na unidade de Saúde da Família ou onde melhor lhe conviesse. Pacientes de outras áreas e de outros municípios tinham acesso à unidade sem nenhum questionamento. Uma consequência deste procedimento é a dificuldade de compreensão por parte do paciente quanto à natureza do Programa.

A forma como M10 compreendia o conceito de família era estereotipada. Uma moça procurou atendimento suspeitando gravidez. Ela relata que a menstruação não vem há três meses, tinha dúvida se era “gravidez ou suspensão”, gostaria de pedir um exame, mas antes que finalizasse a frase foi interrompida. A partir daí foram feitas várias perguntas e o exame físico. Ao final do exame, o médico afirmou: “...é gravidez mesmo, vamos começar o seu pré-natal hoje”. Ao fim da consulta, ele perguntou: “Seu marido está

querendo um filho também? Ótimo, tudo indica que você vai dar um filho para ele, viu? Não há coisa melhor que tem no casamento, né? Pra completar o casamento. Sem um filho não adianta muito”. Não foi perguntado como a moça se sentia diante daquela notícia, nem informou-se sobre o pré-natal.

Categorias específicas para esta análise:

Integralidade — As consultas observadas focalizam a queixa trazida pelo paciente ou pelo familiar. M10 não utiliza este momento para ampliar a investigação sobre a condição de saúde do paciente. A concepção de necessidade de saúde que orienta sua prática é biologicista e não contempla os pedidos dos pacientes.

Um senhor chega na unidade acompanhado pela filha com uma queixa de “tontice”. Observa-se que o senhor está trêmulo e a filha chama a atenção do médico para o fato, acrescentando que o pai “bebe, e bebe muito”. A intervenção de M10 não considera isto um problema de saúde, lida com a situação aconselhando o senhor a ter força de vontade para não beber:

M: ...bebe somente dia de casamento que agora está ficando raro. Então vai ser muito raro o senhor beber. (...) Depende do senhor, viu? Remédio não vai adiantar, só pro labirinto vai adiantar. Agora tem que parar; beber só não para quem não tem força de vontade.

(...)

Filha: Minha mãe morreu...

(...)

M: É o que vai acontecer com o senhor se beber, viu?

Autonomia — Não é desenvolvida por este médico e os pacientes admitem a condição de submissos. Entre as consultas observadas, uma paciente tenta estabelecer um padrão autônomo. A paciente chega pedindo uma solicitação de exame:

P: Eu quero que o senhor me dê um pedido para exame de fezes.

M: Calma, devagarinho. (...) Então você quer pedir exame de fezes, por que está sentindo alguma coisa?

P: Eu tenho verme, tenho cistose.

M: Hein?

P: Tenho cistose

M: Cistosoma, é?

... (foi realizado o interrogatório da consulta)

M: Vamos fazer logo o exame de fezes, que esse exame de fezes aí é antigo, viu? Pra gente ver isso aí. Seu baço está bom, seu fígado também tá do tamanho normal, não teve nenhuma alteração, chegue mais pra cá pra ver. Tá um pouco descorada, tá anêmica. Vou pedir o exame de fezes e vou pedir também um hemograma pra você.

Com este episódio, pode-se observar que a compreensão tida pelo paciente da sua condição de saúde, ou as informações obtidas anteriormente, são objeto de dúvida por parte de M10 e a certeza a ser construída a partir daí enfatiza a diferença do saber médico para o saber leigo. Para fazer qualquer encaminhamento, M10 faz perguntas à paciente. Ele não se dispôs a compartilhar com ela sua história e assim compreender o pedido do exame de fezes. Ao fim, buscava justificar a pertinência da sua função como representante do saber médico, inclusive prestando informações para a paciente.

Prevenção e promoção da saúde — O conjunto de consultas de M10 possibilita analisar sua prática no âmbito da prevenção e promoção, tanto em consultas de gestantes como em pedidos de atestados para emprego. Nestas, M10 afirma que os médicos do trabalho são os únicos indicados para atestar saúde para admissão, mas que ele fará um exame físico e emitirá o atestado porque a empresa parece aceitar apenas este documento.

As três consultas nas quais gestantes foram atendidas possuem mais elementos. Considerando que a gravidez é um processo fisiológico e que os profissionais de saúde devem acompanhar este processo para que este não se torne patológico, as funções dos profissionais no pré-natal são principalmente a realização de estratégias de prevenção e promoção da saúde. Entre estas estratégias, pode-se observar a educação para saúde.

A maneira como M10 lida com esta condição, não corresponde a prevenção e promoção da saúde. Foram observadas três gestantes: uma que estava recebendo o diagnóstico de gravidez naquele momento; uma segunda que estava na última consulta do pré-natal; e uma terceira que não estava presente, tendo a mãe se dirigido ao médico com o resultado do exame. Em todas, M10 enfatizou a necessidade do pré-natal. No entanto, ao explicar este procedimento, entendia-se que consistia principalmente na visita ao médico que examinaria mãe e feto ao longo dos meses. Não foi observado M10 abordar aspectos do parto e do nascimento, nem como a mãe devia se cuidar durante a gravidez. A gestante que se encontrava no nono mês foi orientada para voltar à unidade caso até um certo dia não tivesse tido o nenê. Na oportunidade, nada foi tratado sobre os sinais de parto, as contrações, o nascimento propriamente dito, o puerpério, a preparação das mamas e a amamentação.

Com relação à consulta de confirmação da gravidez para a mãe da gestante, M10 fez o seguinte encaminhamento:

M: Remédio não vou passar nem nada. Ela precisa agora vir todo mês aqui pra fazer o pré-natal.

Mãe: Mas ela vai pro Rio.

M: Então ela vai fazer o pré-natal direitinho... diz a ela pra não deixar de fazer, acompanhar pra poder então pra poder então passar o remédio que ela precisa, viu? Diz a ela outra coisa, que ela não tome nenhum remédio durante três meses. Enquanto a criança não passar de três meses, não pode tomar remédio.

A partir do momento em que a gravidez é comprovada, nenhuma consideração foi feita. A gravidez aparece como um fenômeno biológico. Não foi perguntado o motivo pelo qual a gestante não estava ali, não foi perguntado para a mãe como esta gravidez estava sendo compreendida, nem por que a gestante iria para o Rio de Janeiro. Todos os recados encaminhados restringem a vida da gestante, indicando que o momento novo é gerador de privações assemelhando-o assim a uma doença.

Estes exemplos indicam que M10 não exercita a educação para a saúde em sua prática. Principalmente com relação à senhora que estava prestes a dar a luz não parece que esta tenha sido orientada para reconhecer os sinais de parto. O médico poderia ter construído um vínculo que favorecesse as tomadas de decisão previsíveis em uma situação de final de gravidez.

Extensão das falas — As falas emitidas por M10 são, em geral, constituídas de frases curtas. Seguem o rígido *script* da consulta médica, focalizadas nos possíveis problemas de saúde, tratando de dor, mal-estar, falências, como por exemplo: “M: Vinte... mas então, C., você tá aqui, por quê? Tá se queixando de quê?”. As respostas dos pacientes freqüentemente restringem-se a confirmar ou negar as perguntas feitas por M10 e freqüentemente buscam justificar suas ações. Por exemplo: “Você está gripado... você tomou algum remédio, alguma vitamina? A mulher me deu um comprimido de farmácia”; ou “Me diga uma coisa, você fez mamografia? Não fiz porque na época não tava encontrando trabalho, né?”.

Tipos de perguntas — As perguntas são do tipo fechadas ou adjetivadas. O paciente pode responder às perguntas elaboradas por M10 com uma palavra, no máximo,

uma frase. As falas e os tipos de perguntas sempre confirmam a suspeita do médico e encaminham as intervenções. Não são observáveis nas consultas falas que se constituam em narrativas, que tratem de cenários, da compreensão dos fatos pelos pacientes ou pelos acompanhantes. Esta forma de se dirigir aos pacientes poderia ser justificada pela necessidade de executar com brevidade as consultas, mas com o baixo movimento do posto este argumento não se justifica.

Com estas considerações pode-se afirmar que M10 mostra-se paternalista na relação com seus pacientes. Esta postura possivelmente é fortalecida por sua idade e por sua longa história de trabalho neste mesmo posto.

#### **V.5.4. O profissional M20**

Este médico atuava no PSF do Município I no período da realização da observação das consultas. O município possuía quatro equipes implantadas, mas nenhuma delas tinha uma sede própria. A equipe de M20 alojava-se num posto de saúde. Esta situação por si só já era motivo de confusão quanto à especificidade do PSF, tanto entre os pacientes quanto entre os profissionais. Estes, embora trabalhassem no mesmo espaço físico, atendiam segundo princípios diferentes: uma equipe respondia à demanda espontânea, outra, restringia-se a uma população e trabalhava com a demanda organizada. Além disso, profissionais com a mesma função recebiam remuneração diferenciada. Por parte dos pacientes, a confusão pode ser ilustrada com o caso de um paciente que imaginava que o PSF era campanha de vacinação.

A maioria dos atendimentos ambulatoriais, entretanto, não se realizava no posto, mas em espaços comunitários na zona adscrita, como escolas e igrejas. O trabalho de M20 articulava-se com o de seus agentes, com os quais demonstrava relação próxima e de intimidade, tratando-os por apelidos afetuosos. Seus agentes de saúde eram responsáveis pelo agendamento das consultas e os pacientes eram associados, a princípio, ao nome do agente.

M20 caracteriza-se por ser uma pessoa ativa e de gestos acelerados. A relação de M20 com seus pacientes era de impessoalidade na forma de abordá-los. Eles eram recepcionados pela médica não pelo nome próprio, mas por um número, que correspondia

ao número da senha que recebiam para o atendimento: “M: Número dois, bom dia! P: Bom dia!”. E em seguida, freqüentemente era perguntado quem era o agente responsável por aquela família. Deste modo, eram utilizados dois códigos impostos pela unidade.

A despeito da abordagem impessoal, M20 ressalta que, pelo tempo de atuação no PSF do município, já conhece as pessoas da comunidade e com elas tem uma relação próxima. A sua atitude frente aos pacientes pode ser descrita como “policialesca”. Atendeu vários membros de uma mesma família com diagnóstico de esquistossomose e “ficava na cola” para que ninguém mais tomasse banho de rio. Uma criança tinha má formação da genitália e a médica, como a mãe “não dava importância”, abordou-a na rua, tendo-a convencido a fazer a cirurgia corretiva.

As consultas de M20, em sua maioria, são curtas, freqüentemente sem exame físico, mesmo porque faltava material, como aparador de língua e luvas. Poucas consultas observadas foram de retorno e muitas tiveram como desfecho a solicitação de exames complementares.

O município não apresenta uma rede de serviços de saúde local. Ao final das consultas, os pacientes apresentavam várias requisições do SUS para exames, que precisavam ser autorizadas e carimbadas no hospital da região. Como o PSF não se configurava como “porta de entrada” do sistema de saúde, cabia ao paciente aventurar-se pelas clínicas conveniadas para a realização dos exames e consultas solicitados. Diante de tal cenário, pressupõe-se que a resolutividade seja muito baixa, o que talvez possa justificar a pequena quantidade de consultas de retorno observadas.

Integralidade — As queixas são abordadas principalmente numa perspectiva biológica. A partir da queixa, são feitas inúmeras perguntas que tratam de aspectos orgânicos, exceto no que se refere ao trabalho do paciente. Esta pergunta mantém-se na mesma perspectiva das outras: busca apenas confirmar hipóteses. Uma paciente com queixa de dor de cabeça:

P: Eu sinto muita dor de cabeça.

M: Que idade você tem?

P: Dezenove.

...

M: Um comprimido.... E essa dor é perto de você menstruar ou quando se aborrece, como é?



P: Eu não posso ficar (?) eu fico muito nervosa.  
M: Hum, hum. Fica tremendo, alguma coisa assim?  
P: Não, eu não falo, fico ali (?), não quero ouvir zoada.  
M: E como é que você consegue domar esta dor de cabeça no trabalho... no trabalho você não ouve zoada?  
P: Ah, fazer o quê?  
M: Todos os seus exames, sangue, fezes, urina, glicemia, colesterol, aqui a consulta com o oftalmologista.  
P: Certo.

No exemplo acima, a investigação do problema busca conhecer a natureza da dor da paciente possibilitando-a abordar a queixa numa dimensão psicossocial. Entretanto, o encaminhamento dado pela médica, ao questionar como a paciente “doma” a dor no trabalho indica um modo desqualificador de lidar com questão. Ao final, os encaminhamentos indicam que a médica optou por aprofundar a dimensão biológica através de exames laboratoriais. O encaminhamento, na ausência de uma rede de referência como é o caso, adiará possíveis procedimentos resolutivos que poderiam ser adotados.

Autonomia — O trabalho da médica é sempre prescritivo. Diante dos diagnósticos recomendações são feitas sem que a realidade dos pacientes seja conhecida e com a certeza do que está sendo dito o modo certo de combater o problema apresentado. A partir da análise dos exemplos abaixo, pode-se aprofundar esta argumentação:

M: Ó, mãe, deu lombrigas nas duas amostras. Vamos ter mais cuidado com a água, lavar as mãos quando sair do banheiro, pegar dinheiro, quando chegar da rua, água só filtrada. A mãe que não tem filtro ferve água e bota num vaso pra esfriar, entendeu? Senão vai ficar tomando remédio. Sempre a noite. Tá com quantos anos, D.?  
P: Catorze.  
M: (?) come direitinho?  
Mãe: Não gosta muito de comer, não.

Nada foi perguntado sobre condições de vida da família. Tratava-se de um adolescente de 14 anos e este não foi incluído nem por M20, nem pela mãe. Possivelmente este já teve contato na escola com temas relacionados a verminose como também poderia surgir deles uma avaliação de como tem sido o processo de contaminação e como pode vir a ser o combate, mas ao longo das consultas, os recursos dos pacientes não foram

explorados, nem utilizados. Os pacientes não tomam iniciativas; no máximo respondem as perguntas.

Prevenção e promoção da saúde — Como as consultas são orientadas por um eixo que se constitui entre queixa e exames laboratoriais, a prevenção aparece principalmente justificando a solicitação de exames:

M: Toda mulher acima de 35 anos tem que pedir o exame da mama, viu? Vou adiantar, vou pedir. É mamografia e ultrassom de mama. Você vai carimbar e só pode fazer na cidade... Que é pra prevenir depois de câncer de mama. É muito importante.

Os pacientes chegam pedindo para fazer exames e M20 nomeia *check-up*, termo imediatamente assimilado pelo paciente:

M: Ah, certo, tá certo! O que o senhor tem?  
P: Quero fazer uns exames...  
M: Check-up.  
P: Um check-up.  
M: Exame de fim de ano. Tá sentindo alguma coisa?  
P: Não, no momento não.

Faz-se importante observar que a motivação para tal pedido não foi aprofundada. Pode não ser uma motivação orgânica o que leva o paciente a demandar exames. A morte de um parente, um vizinho pode fazer com que o paciente reconheça a necessidade de cuidar da própria saúde. A médica se satisfaz com a ausência de dor.

Extensão das falas — A participação de M20 é muito mais freqüente que a participação dos pacientes que lhe procuram. Suas falas são longas, o conteúdo destas é prescritivo, com generalizações: “Toda mulher com vida sexual ativa faz preventivo pelo menos uma vez no ano... quem namora, quem [tem] relação sexual, quem tem companheiro, a gente pede todo ano. Olhar os dentes também.”

Tipos de perguntas — As perguntas são poucas, diante de falas prescritivas e freqüentemente têm um tom punitivo: “Por que não faz o preventivo logo? Sei. Já tomou o quê, hoje, de remédio? Tá tomando o quê para evitar?”

A estrutura das consultas é orientada por perguntas fechadas emitidas por M20 e respondidas por palavras ou frases curtas pelos pacientes e falas longas de teor prescritivo

emitidas pela médica. As consultas não são baseadas em narrativas contextualizadas. M20 faz prescrições praticamente inviáveis. Os pacientes não questionam:

M: Você saiu de barriga vazia foi, S?

P: Não eu tomei café já, um menorzinho. Cedo assim dá...

M: Não pode não.

P: Não me deu vontade de comer nada.

M: Mas você sai, você anda, você desce, aí vai puxando, viu? Se esforce para tomar um suco, um copo de leite, não gosta de Nescau não?

P: Eu não, depois de A. (filho), não desce mais esse negócio.

# Considerações finais

---

O presente estudo foi formulado a partir de quatro vertentes da produção científica sobre o tema, influenciadas pelo Funcionalismo, pelo Estruturalismo, produzida a partir da antropologia médica; e, uma produção operacional com origens nos próprios centros formadores e assistenciais. Estes estudos indicaram a necessidade de uma análise conceitual da relação médico-paciente e dos conceitos correlatos. Compreendendo que a relação médico-paciente sofre influências de fatores macrocontextuais e microcontextuais, optou-se por uma articulação entre a abordagem da vigilância da saúde e o modelo ecológico do desenvolvimento humano, ambas compreensões ecológicas influenciadas pelo contextualismo. Deste modo, buscou-se construir estratégias de coleta e análise de dados que possibilitassem a aproximação da relação médico-paciente no nível da relação diádica microcontextual e apreender as influências macrocontextuais.

Neste capítulo pretende-se apresentar a discussão dos resultados, assinalando os aspectos principais quanto a questões metodológicas e quanto ao conteúdo, uma comparação dos resultados por município orientada pelas tendências mais importantes observadas, as conclusões do estudo e suas implicações para a pesquisa e para a prática.

A metodologia deste estudo, tanto no que se refere às estratégias de coleta quanto à análise dos dados, foi construída seguindo as orientações propostas por Atkinson (1993) e referendadas por Gatinara et al. (1995), que recomendam o uso de várias estratégias metodológicas para a aproximação de um mesmo objeto.

Uma primeira consideração a respeito desta proposta diz respeito à possibilidade de dimensionar o volume de dados produzidos e o desafio de integrá-los devidamente. Na mesma direção que Minayo (1992) trata da fantasia da transparência citando Bourdieu, nesta oportunidade torna-se importante tratar da fantasia da grandeza. Não está se tratando de expectativas de generalização. Trata-se exatamente da possibilidade de apreender, a partir um volume grande de dados, uma diversidade de modos singulares de lidar com pacientes e situações capazes de ilustrar a riqueza do contexto clínico.

Entre as estratégias de coleta de dados faz-se importante comentar a realização do censo via telefônica, da análise documental e do estudo observacional. O censo via

telefônica foi um recurso adotado visando tornar possível, em tempo curto, o contato com profissionais espalhados por todo o estado. Este propósito foi plenamente atingido. Ao longo dos três meses de coleta de dados, ocorreu uma acelerada implantação de novas equipes atingindo o dobro do número das contabilizadas em fevereiro de 2000. Apesar disso o censo se mostra como um conjunto de informações relevantes porque reflete a realidade do início da implantação do PSF na Bahia, vale mais uma vez ressaltar que até então são incipientes as fontes de informação sobre o Programa e seus impactos no estado.

A questão dos efeitos intrusivos de um estudo como este é o ponto principal nas considerações sobre o momento observacional, especialmente a observação e a gravação das consultas.

Mendes-Gonçalves (1994) afirma que, por mais intrusivo, e conseqüentemente por mais repercussões que ocorram durante a observação das rotinas dos profissionais de saúde, estes tentarão sempre corresponder a um modelo que consideram ideal. Conhecer este modelo, ou o mais próximo que conseguem executar deste, é de qualquer modo aproximar-se do objeto proposto. Alguns profissionais expressaram o quanto estranhavam a presença do observador. A conduta adotada foi discutir as situações, mantendo-se flexível para suspensão das observações caso acontecesse a solicitação. Entre os 20 médicos observados ocorreu uma única recusa justificada por encontrar-se muito cansado devido à atividade de plantão na noite anterior.

Por ser um estudo adaptado às condições do PSF e para garantir a compreensão de que não se tratava de uma oportunidade para avaliar a conduta clínica do profissional e sim de observar a relação médico-paciente, o instrumento foi longamente discutido. Isto possibilitou inclusive que a coleta fosse feita por profissionais e bolsistas de várias áreas e, para este estudo, especificamente estudantes e profissionais psicólogos.

Tratando especificamente algumas questões sobre o conteúdo do instrumento. Apesar de ser considerado adequado, inclusive no que diz respeito às diretrizes do PSF, alguns dos aspectos observados parecem não fazer parte da formação da entrevista médica e da cultura do médico, como por exemplo o item 11 – estimulação da participação do paciente na investigação da queixa.

Nesta questão da observação das consultas, é importante discutir questões éticas envolvidas com a situação de observação. As medidas tomadas para preservar os princípios éticos consistiram especificamente no contato com as secretarias municipais de saúde e a discussão com os profissionais a respeito do objeto do estudo, do instrumento, do compromisso com o sigilo e a obtenção do consentimento informado por escrito. Com relação aos pacientes, a estes foi verbalmente solicitado o consentimento no início de cada consulta, com a garantia de que seria mantido o sigilo. Para obtenção da permissão da

observação da consulta não foi usada nenhuma estratégia de persuasão. Estes procedimentos, mesmo que semelhantes aos orientados por princípios éticos normatizados, foram compreendidos em uma perspectiva da ética dialógica que valoriza e preserva o laço que se constitui entre os envolvidos na situação da pesquisa (GUARESCHI, 1997).

Vale comentar que, como uma forma de devolução dos dados coletados, de compromisso com as práticas dos profissionais e com a formação continuada, foi realizada uma atividade no município II, chamada “Uma parada para reflexão... a relação médico-paciente, limites e possibilidades no PSF”. Durante 16 horas, usando-se diversos recursos, nessa atividade foram discutidos os resultados parciais do estudo e, sobre estes, foram realizadas reflexões, dinâmicas e vivências com a preocupação de aprimorar os aspectos relacionais e comunicacionais da atividade do médico<sup>1</sup>.

Com relação à análise documental que possibilitou a construção das categorias orientadoras da análise temática, é necessário ressaltar que, em sendo essa análise baseada no texto das Diretrizes do PSF (BRASIL, 1997), um texto político, orientador de uma política, freqüentemente substantiva alguns conceitos cuja definição não está ainda disponível, não é de ampla compreensão.

Os vários conjuntos de resultados, separadamente, demonstram elementos complementares e que possibilitam a elaboração de afirmações empiricamente fundamentadas. Na medida que os dados foram sendo analisados, em cada fase do estudo, foi sendo possível negar e afirmar informações construídas nas etapas anteriores. Neste sentido mostrou-se fundamental articular a fala dos médicos sobre suas práticas e a observação dessas práticas.

Com relação à análise dos dados, em muitos momentos esta incitou uma reflexão sobre o lugar daquele que observa e faz a análise dos dados. Nas consultas se supõe que ocorra um processo de interpretação entre médico e paciente, e vice-versa. Aquele que analisa estes dados está em algum momento analisando uma interpretação da interpretação. A construção de uma narrativa supõe portanto uma interpretação de segunda ordem quanto ao que aconteceria entre o médico e o paciente.

A maioria dos médicos entrevistada no Censo (86,5%) considera que a atividade no PSF é diferente do trabalho ambulatorial ou hospitalar. Essa diferença foi atribuída à relação médico-paciente e à relação com a comunidade, cujas características são: maior proximidade, compromisso e continuidade no atendimento, possibilitando o

---

<sup>1</sup> Esta atividade foi promovida pelo projeto CNPq (processo no. 000521228/98) possibilitando que os médicos participantes do estudo estivessem presentes além de todos os outros médicos do PSF do município 2.

acompanhamento dos resultados do tratamento. Ao mesmo tempo em que a quase totalidade dos entrevistados tem uma opinião semelhante com a observação aprofundada dos três municípios estudados, vê-se que é recomendável distinguir os vários PSFs que estão sendo desenvolvidos no estado, já que, dependendo da região, da área adscrita, do sistema de saúde disponível e das diretrizes locais, o Programa assume diversas configurações.

Realmente, pode-se afirmar que uma diferença na consulta com o PSF é a frequência que se ouve: “se não melhorar, volta logo aqui”. A frase, embora se repita em todos os municípios, possui repercussões diferenciadas. Nos municípios II e III o paciente não tem assegurada a medicação prescrita nem o acesso aos exames recomendados. Para realização destes exames indica-se o local, mas não é como no município II em que o exame é marcado na unidade e há sistema de referência. Esta situação vivida pelos pacientes dos municípios I e III repercute na continuidade da atenção e no estabelecimento do vínculo com o profissional de saúde.

A atuação preventiva foi apontada somente por 26% dos médicos como uma característica do programa. Esta porcentagem concorda, em termos, com o que foi afirmado na análise temática ao se observar que as práticas não compreendem a abordagem da vigilância da saúde. Conseqüentemente, o Programa pode aparentar diferenças do modelo hegemônico por contar com um médico em dedicação integral, por este trabalhar em uma equipe, sobre uma população adscrita, entre outras características; entretanto, estas características não são suficientes para considerar implementadas as propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde.

Um elemento sintetizador que distingue os municípios estudados e possivelmente distingue o PSF de outros programas de atenção primária baseados na unidade familiar é a abordagem da vigilância da saúde. Esta abordagem integra prevenção e promoção da saúde à participação e o controle social. Tanto nos resultados obtidos com a observação das consultas orientadas pelo instrumento observacional como pela análise temática e interacional demonstra-se que, quanto mais se exercita os princípios da abordagem da vigilância da saúde, mais se está imprimindo uma prática inovadora no sistema de saúde.

Outra mudança referida pelos médicos como decorrente da implantação do PSF diz respeito a um maior comprometimento do médico e do exercício da atenção integral (21,9%). Estes dois elementos diferenciadores estão inseridos entre aqueles que são possíveis de serem observados na relação médico-paciente se esta estiver inserida em um sistema de saúde que possibilite ações orientadas por estes princípios. O comprometimento pessoal e a integralidade, quando observados a partir da análise

temática e da análise interacional, são exercidos de várias maneiras. Parece que o médico que se encontra no município que não dispõe de um sistema de saúde organizado confunde as razões de tal situação e responsabiliza o paciente pelo seu estado de saúde.

O princípio da integralidade pode ser considerado como um dos pontos-chave do instrumento observacional. Como já foi apresentado, este obteve médias de realização dos seus aspectos, quando plenamente observados, em torno de 30%. Mais do que esta baixa porcentagem é importante destacar que, com os resultados obtidos a partir do instrumento, pode-se afirmar que a integralidade proposta no PSF não vem sendo praticada porque não são abordados nem cuidados os aspectos psicossociais das queixas. Para o conjunto de itens que tratam dos aspectos psicossociais nos três municípios, mais de 90% das pontuações conferidas correspondem à pontuação “não realizado”.

Um outro aspecto abordado pelo instrumento observacional e de relevância para o PSF são os itens que apontam a participação, a inclusão do paciente nas consultas. Para analisá-los deve-se tomar os resultados da maioria dos aspectos da coluna “condução da relação médico-paciente” (Tabela 4 e Anexo 1, p.e. itens 11,13 e 14). Estes obtiveram médias superiores a 60% chegando até 90% da pontuação “não realizado”.

Pode-se afirmar que as várias estratégias de coletas de dados usadas neste estudo e as estratégias de análise são facilmente articuláveis às diretrizes do PSF e, conseqüentemente, com as categorias que compuseram a análise temática e a análise interacional. Apesar desta não ter sido uma preocupação fortemente combatida no momento da escolha, o instrumento contempla em vários dos seus itens os elementos das diretrizes como vigilância da saúde e paciente como sujeito.

Tomando o conjunto dos resultados obtidos, pode-se afirmar que a proposta do PSF, quando executada, favorece uma relação médico-paciente diferenciada, marcada pelos princípios da vigilância da saúde, da continuidade, da integralidade, do respeito à condição do paciente como sujeito.

Uma preocupação inicial deste trabalho dirigia-se à busca de estratégias de coleta e análise de dados que fossem sensíveis à observação de aspectos microcontextuais e macrocontextuais que incidissem sobre a relação médico-paciente. Esta preocupação exigiu que fossem feitas observações e registros em tempo real das consultas, como também a elaboração do censo, da análise documental e dos diários de campo. A partir destas estratégias, dos dados construídos e das análises realizadas, pode-se afirmar que a relação médico-paciente no PSF nos três municípios estudados sofre influências macrocontextuais e microcontextuais.



Na singularidade do momento clínico, onde a relação médico-paciente ocorre, elementos macrossociais como a assistência farmacêutica e a existência de uma rede integrada e hierarquizada exercem nítidas repercussões na condição diádica da relação. Esta realidade microcontextual não se encontra simplesmente como receptora das influências macrossociais. Especificamente a condição do município I em que M17 e M20 atuam e são significativamente diferentes os padrões de relação que estabelecem com os pacientes. Como M6, que atua no município II e se distingue dos demais médicos. No município III não foram observadas diferenças significativas entre os médicos.

Esta consideração reafirma as propostas elaboradas por Bronfenbrenner (1996,1998) quando da apresentação do modelo ecológico do desenvolvimento humano e, posteriormente, quando da ampliação deste para o modelo bioecológico composto pelos elementos contexto, tempo, pessoa e processo.

A análise dos episódios (realizada temática e interacionalmente) representa a tentativa de aprofundamento de proposições teóricas no nível do microcontexto, sendo particularmente importantes em sua abordagem as perspectivas de Bronfenbrenner, de Gadamer e da vigilância da saúde. Na análise de um mesmo episódio, transcrito a seguir, pode-se ver como essas perspectivas se integram e convergem.

O exame de um episódio entre médico e paciente, inserido em um contexto de interações intermitentes, indicando a construção de uma relação, pode favorecer a compreensão do conceito de relação proposto por Hinde (1979, 1987).

A paciente atendida na consulta é uma criança pequena levada pela mãe. Logo no início da consulta é retomado o encontro anterior. De forma leve o médico impõe condições à mãe da paciente. O médico situa-se e dá a palavra à mãe da criança. Ela indica haver uma história entre eles e pede para que o médico reafirme as orientações. Tanto o médico como a paciente buscam lembrar fatos anteriores:

M (médico): Da próxima vez não apareça com esse cartão aqui sem tá atualizado, tá certo? (referindo-se as vacinas)

P (paciente/acompanhante): Certo.

M: Tá bom. Então diga aí. Problema na pele que ela tinha, não foi?

P: É, eu comprei... o senhor falou prá mim comprar um sabonetinho, não foi?

M: Foi

P: Eu comprei o sabonetinho e continuei dando banho nela, mas ela ainda tá com umas coisinhas na perninha ainda.

Depois de uma série de perguntas do médico e do exame físico a mãe traz uma informação que se refere aos aspectos emocionais da criança. A mãe não relaciona a queixa com a mudança da condição emocional mas demonstra que é uma informação que

o médico poderia compreender, ter dimensão do acontecido. A fala do médico demonstra o conhecimento da realidade a qual se referia a mãe, refere-se a encontros anteriores e exteriores:

P: Vocês não sabem, minha mãe saiu, ela saiu ela ficou sentindo uma falta. Sentiu uma falta de (?) mainha saiu lá de casa.

M: Eles não tão mais morando aqui?

A forma como o médico se dirige à mãe orienta-se para estabelecer uma relação com um padrão cooperativo. É importante destacar que apesar do médico ser consultado pela mãe, da mãe esperar dele uma orientação que distingue seu saber, ele demonstra necessidade de ajuda, de contar com a memória da mãe para reafirmar os procedimentos indicados e a serem executados..

Este mesmo exemplo possibilita abordar os conceitos propostos por Bronfenbrenner (1996) especialmente o conceito de díade primária. A mãe da criança ao relatar que comportou-se sob as orientações do médico e que avaliou as condições da e voltou a procura-lo indica que esta assimilou os procedimentos de cuidado por ele propostos mantendo-se vinculada a ele independente da sua presença.

Na perspectiva de Gadamer (1996,1998), ao propor o estabelecimento da relação médico-paciente a partir da disponibilidade do médico para construção de um horizonte comum em que a compreensão produza a proximidade mas estas não apagam as diferenças. A disponibilidade deste médico para rever os procedimentos adotados, mostrar-se em certa medida esquecido e deste modo de mostrar-se presente, estar alerta aos conteúdos guardados e aos que exigem reavivamento não sendo este processo indicador de ausência ou distância de uma das partes da relação.

No caso da vigilância à saúde, que tem sido referida como uma ferramenta orientadora para o trabalho na saúde coletiva, usar seus princípios para guiar o trabalho clínico, dirigido para o individual ou para o familiar é uma proposta que carece ainda de aprofundamento. Neste trabalho parece ter sido feita uma primeira tentativa.

A partir da proposta da abordagem da vigilância da saúde de conjugar prevenção e promoção da saúde com controle social, espera-se que a relação entre profissionais e usuários de saúde desenvolvam a cidadanização. Diante disto se faz pertinente referir Buber (1982) e Freire (1987, 2000). Estes autores, ao argumentarem pela revisão dos membros de uma relação, ao proporem que é necessário admitir o outro como parceiro, como detentor de poder para se constituir o diálogo e é neste que se constitui o sujeito e conseqüentemente a autonomia. Assim, pode-se iniciar um caminho de construção do

controle social, da participação, da cidadanização no contexto micro da relação diádica da relação médico-paciente. O raciocínio clínico-epidemiológico passa a ser objeto de diálogo e de construção conjunta na consulta médica com o objetivo de explicitação do poder que está ameaçado pela palavra de verdade da medicina que impossibilita o diálogo com o paciente. Este diálogo, como proposto por Buber (1982), é um movimento sem limites de voltar-se para o outro.

De um modo geral, os resultados sugerem que os médicos sabem dos fatores de risco e os exploram mas não implicam os pacientes nisso, exercitando, deste modo, o modelo paternalista de atenção ou o modelo superficialmente biomédico (EMANUEL & EMANUEL, 1992, ROTER et al, 1997).

Apesar de uma postura paternalista, aquela idéia do médico como alguém que possui autoridade sobre a família é desprezada, não é mais freqüentemente encontrada. Enquanto historicamente se fala de um médico conselheiro, advogado, autoridade moral para a família restou deste médico a conduta paternalista, mas esta não se estende mais à abordagem dos hábitos. Talvez a compreensão de que o psicossocial não é objeto de opinião e sim de análise científica faça constatar o quanto as práticas médicas eram baseadas principalmente na moral, e às vezes uma moral arbitrária para as famílias quando abordavam tais questões.

A dimensão psicossocial, condição indispensável à efetivação de uma atenção integral, precisa ainda ser incorporada à prática médica, não como uma espécie de acessório humanizador, mas enquanto componente essencial dessa mesma prática. Entre as muitas questões que se colocam neste particular, a primeira remete às origens dessa dificuldade de intervir sobre o psicossocial. É suficiente considerá-la enquanto uma deficiência na formação do profissional? Refletiria, antes mesmo do treinamento, distorções e estreitamento do próprio conceito de saúde? Por outro lado, quais as conseqüências dessa omissão?

Um exemplo de uma possível conseqüência, sugerida pelos resultados desta investigação, é que a desqualificação ou o ignorar a dimensão psicossocial pode representar uma condição favorecedora à medicalização. O fenômeno da medicalização talvez seja um dos fenômenos dentro da relação médico-paciente que mais os coloque “próximos” – pensemos: o médico, diante de uma queixa psicossocial, reduz esta queixa a uma intervenção farmacológica. A droga gera efeito “satisfatório” e a partir deste o

paciente solicita mais e mais medicação. Este círculo é bem configurado quando se trata de psicotrópicos, mas qual o efeito da aspirina ou do corticóide sobre o organismo “deprimido”? Esta dificuldade do médico para lidar com os problemas psicossociais em contexto como o PSF, na qual a distribuição e a disponibilidade de medicamentos é melhor, faz refletir sobre esse problema e sobre a possibilidade de gerar um círculo vicioso na contramão do que se deseja alcançar.

Faz-se necessário retomar a discussão dos aspectos no nível do macrocontexto e construir pontes entre este estudo e os estudos de Sucupira (1981) e Schraiber (1994,1997). Sucupira, ao mostrar que a relação médico-paciente incorpora padrões das modalidades assistenciais nas quais se encontra, distinguia estas modalidades desde suas diretrizes. O PSF, enquanto um programa, não é suficiente para imprimir um padrão de relação médico-paciente. As diferenças são observáveis principalmente vinculadas às condições de cada município e sofrem influências das características dos profissionais envolvidos. Pode-se afirmar que se observam padrões de relação médico-paciente estabelecidos pelo sistema municipal de saúde.

As mudanças de contexto da saúde e a prática médica têm sido analisadas por Schraiber (1994,1997). O PSF estabelece um padrão complexo, apesar de se dispor de muitos recursos tecnológicos, enquanto tecnologia dura e do profissional médico ter sido formado dispondo destes recursos. Suas diretrizes implicam a busca de uma prática baseada no raciocínio clínico-epidemiológico com a possibilidade de acesso à tecnologia dura. Esta proposição, neste estudo, se vê desafiada principalmente na medida da proximidade dos recursos. No Município I são os pacientes habitantes da região metropolitana que chegam para a consulta pedindo para fazer exames e é para estes que o médico propõe um “*check-up* de fim de ano”. Pode-se afirmar que, entre os desafios a serem enfrentados pelo PSF, está a constituição de uma relação médico-paciente construída sobre as bases da tecnologia *soft*, esta como meio de trabalho para o médico e como meio de acesso aos serviços de saúde pelo paciente (MERHY, 2000).

Em síntese, os resultados do presente estudo apontam: existir diferenças significativas entre os modos de implantação do PSF nos três municípios, repercutindo na relação médico-paciente; a continuidade da assistência foi compreendida como transversal aos vários níveis de análise de dados, dependendo da existência de uma rede de serviços

de saúde hierarquizada a ser referenciada; a vigilância da saúde não tem sido compreendida nas práticas dos médicos observados. No nível microcontextual observou-se que os padrões de comunicação dos médicos são orientados por frases curtas, comprobatórias de suas suspeitas diagnósticas, com muitas perguntas fechadas. Os pacientes em geral respondem ao conteúdo imediatamente referido não sendo possível tratar das queixas de modo contextualizado. Por fim, conclui-se que as diretrizes do PSF, se assumidas pelos municípios, são produtoras de diferenças na assistência, observáveis no microcontexto da relação médico-paciente. A abordagem da vigilância da saúde, referida como ferramenta para o trabalho coletivo é ampla e sólida a ponto de descrever, avaliar e aperfeiçoar o PSF e neste estudo observou-se que esta é uma ferramenta conceitual para implementação da relação médico-paciente.

Finalizando este trabalho, pretende-se fazer uma breve exposição do que são consideradas suas forças e suas limitações.

- A investigação da relação médico-paciente tem sido constituído pelo nível micro tendo uma tendência para a construção de tipos-padrões-ideais. Com o presente estudo pode-se afirmar a pertinência da articulação entre níveis macro e micro de compreensão.
- Esta articulação gerou a necessidade de construção de uma base conceitual envolvendo múltiplos focos, que representa uma contribuição significativa, uma vez que essa abrangência não está presente na maioria dos estudos contemporâneos, que chegam a dispor de metodologias complexas, principalmente pelo uso de recursos de análise estatística. Em outras palavras: o desafio da construção de uma base teórica possibilitou a aproximação da realidade usando de uma base teórico-conceitual ampliada se comparada com a literatura o que ampliou o “estatuto teórico” deste objeto.
- O uso da observação conjugada ao uso de questionários pode ser considerado outra força deste estudo. Apesar da observação, da construção de dados em tempo real, vir se mostrando uma perspectiva adotada a cada dia, em geral são utilizados *check-lists* conceitualmente limitados por tipos

pré-estabelecidos. No presente estudo, o registro cursivo das interações observadas ao longo das consultas permitiu seu tratamento temático e interacional, constituindo-se um diferencial na análise.

No que diz respeito às suas limitações, este estudo, apesar do volume de dados produzidos, não incorpora uma perspectiva processual que permita avaliar mais efetivamente mudanças ao longo do tempo no contexto do PSF. Quanto a seu escopo, os dados são centrados no contexto ambulatorial e no momento clínico, deixando de contemplar outros espaços da ação do PSF onde, possivelmente, mudanças no padrão de relação médico-paciente seriam mais prováveis.

Ressalte-se ainda que a análise adotou estratégias que favorecem abranger muitos dados, mas em nível desigual de profundidade.

Parte destes limites se contrapõem às forças, mas relacionam-se com a condição especial de se tratar de um estudo integrado a um projeto mais amplo e que possibilitou o estabelecimento de bases para uma agenda de pesquisa nessa área.

Como perspectiva, vê-se a possibilidade de estudos focalizando um único médico ao longo do tempo, buscando produzir no mesmo material o uso de bases teórico-conceituais diferentes como o estudo dos *scripts* e dos tipos ideais. Seria também relevante aprofundar alguns focos de análise, como por exemplo a análise de episódios selecionados por tema ou momento da consulta como gestação, acompanhamento de doenças crônicas como a hipertensão, e a condição especial da relação médico-paciente quando o paciente é uma criança, constituindo-se uma relação triádica (médico, criança, familiar).

Do ponto de vista da formação de recursos humanos para o PSF, este estudo pode representar uma contribuição significativa, no sentido de ampliar a sensibilidade do profissional às diferentes conseqüências de diferentes qualidades de relação médico-paciente e, sobretudo, evidenciando essa relação como veículo essencial do cuidado à saúde, especialmente no que se refere à sua promoção.

Concluindo, pode-se afirmar que as diretrizes do PSF, se assumidas como diretrizes dos municípios, são produtoras de diferenças na assistência, diferenças observáveis no contexto micro da relação médico-paciente. A vigilância da saúde é uma abordagem

suficientemente ampla e sólida a ponto de descrever, avaliar e aperfeiçoar o PSF. Especificamente neste estudo, a vigilância da saúde revela-se como uma ferramenta conceitual para implementação da relação médico-paciente na sua condição microcontextual.

# Referências bibliográficas

---

- ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: APCE-ABRASCO, 1992.
- ALMEIDA FILHO, N. *A ciência da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- ASENDORPF, J. B.; VALSINER, J. *Stability and change in development: a study of methodological reasoning*. Newbury Park: SAGE, 1992, p. vii-xxii.
- ATKINSON, S. J. Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 283-299, jul/set. 1993.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BARRY, M. J. et al. Giving voice to the lifeworld: more humane, more effective medical care?: a qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science Medicine*, v. 53, p. 487-505, 2001.
- BIBEAU, G. *Hay una enfermedad en las Americas?: outro caminho de la antropologia médica para nuestro tiempo*. VI Congresso de Antropologia en Colombia, Universidade de los Andes. Santa Fé de Bogotá: 22-25 julho de 1992.
- BOELEN, C. Medical education reform: the need for global action. *Academic Medicine*, v. 67, n. 11, p. 745-749, Nov. 1992.
- BOON, H.; STEWART, M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, v. 35, n. 3, p. 161-176, 1998.
- BRAGA, J.M. *O médico, o paciente e a saúde: a atitude do médico na relação com o paciente no âmbito do Programa de Saúde da Família*. Fortaleza, 1998. 81 p.



Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Ceará.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

BRICEÑO-LEÓN, R. A cultura da enfermidade como fator de proteção e de risco. In: VERAS, R.P. et al. *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ABRASCO, 1998, p. 121-131.

BRONCKART, J. P. *Atividade de linguagem, textos e discursos: por um interacionismo sócio-discursivo*. São Paulo: EDUC, 1999, p. 21-89.

BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W. (Ed.). *Handbook of child psychology*. 5. ed. Toronto: J. Wiley & Sons, 1998.

BRUNER, J. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 39-64.

BUBER, M. *Do diálogo e do dialógico*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

CAPRARA, A. *Questões metodológicas*, mimeo., 1998.

CARDOSO, R. C. L. Aventuras metodológicas em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. C. L. (Org.). *A aventura antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CARMEL, S.; GLICK, S. M. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social organizational factors that enhance or inhibit this behavior patten. *Social Science Medicine*, v. 43, n. 8, p. 1253-1261, 1996.

CASSEL, E. J. *Talking with patients Talking with patients, volume 1: the teory of doctor-patient communication*. Cambridge, London: MIT, 1985.

CASTRI, F. Ecologia: gênese de uma ciência do homem e da natureza. *Correio da Unesco*. Rio de Janeiro: FGV, p. 5-11, 1981.

- CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DREW, P.; CHATWIN, J.; COLLINS, S. Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations*, n. 4, p. 58-70, 2001.
- EISENBERG, L. The physician as interpreter: ascribing meaning to the illness experience. *Comprehensive Psychiatry*, v. 22, p. 239-248, 1981.
- EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L.L. Four models of the physician-patient relationship. *Journal of American Medical Association*, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, 1992.
- FRANCO, A. L. S. Ansiedade de familiares de crianças hospitalizadas: uma análise funcional de locuções. Brasília, 1996. 156p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento Humano no Contexto Sócio-cultural) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- FREIRE, P. *Pedagogía do oprimido*. 32. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GADAMER, H. G. *Verdade e Método*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- GADAMER, H. G. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, 1996.
- GATTINARA, B. C. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos norte e ichilo, Bolivia. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 425-438, 1995.
- GEERTZ, C. *O saber local*. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 33-56.
- GOOD, B. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University, 1994.
- GOOD, B. J.; GOOD, M. D. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice: the relevance of social science for medicine. In:

- EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Ed.). *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel, 1981, p. 165-196.
- GOODNOW, J. Differentiating among social contexts: by spatial features, forms of participation, and social contracts. In: MOEN, P., ELDER, G. & LÜSCHER, K.(Ed.). *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development*. Washington: APA, 1996, p. 269-301.
- GOULART, L. M. H. F. Depois que forma muda: estudo da relação médico-paciente no âmbito da prática docente assistencial na Faculdade de Medicina – UFMG. In: PAIVA, A.; SOARES, M. (Org.). *Universidade, cultura e conhecimento: a educação pesquisa a UFMG*. Belo Horizonte: Autêntica, 1998.
- GROL, R.; LAWRENCE, M. *Quality improvement by peer review*. Oxford: Oxford University, 1995, p. 112-124.
- GUARESCHI, P. Ética. In: STREY, M. N. et al. *Psicologia social contemporânea: livro texto*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- GUEDES, M. L. da S. (Trad.) *Epi Info: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para epidemiologia em microcomputadores, versão 6*. Geneva: Centers of Disease Control, 1994.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- HINDE, R. A. *Towards understanding relationships*. London: Academic Press, 1979.
- HINDE, R. A. *Individuals, relationships and culture: links between ethology and the social sciences*. Cameridge: Cameridge University, 1987, p. 21-82.
- IBGE. *Censo 2000*. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>, acessado em 14/09/02
- KLEINMAN, A. *Patients and hearlers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkley: University of California Press, 1980.
- KLEINMAN, A. *The illness narratives*. New York: Basic Books, 1988.

- KLEINMAN, A. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, medicine and Psychiatry*, v. 15, p. 275-301, 1991.
- KLEINMAN, A. *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. Nova York: Oxford University Press, 1996.
- JAPIASSÚ, H; MARCONDES, D. *Dicionário básico de filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- JORGE, M. A. C. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: CLAVREUL, J. *Op. cit.*
- LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Damará, 1997, p. 9-34.
- LAW, S. A; BRITTEN, N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *British Journal on General Practice*, v.45, p. 520-524, 1995.
- LEVINSON, W. et al. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of American Medical Association*, v. 277, n. 4, p. 553-559, 1997.
- LORENZ, K. *Os fundamentos da etologia*. São Paulo: UNESP, 1995, p. 17-31.
- MARTINE, L. C. C. *Análise da reprodução e constituição no discurso médico paciente: solidariedade ou paternalismo?* Brasília, 1988. 237 p. Dissertação (Mestrado em Lingüística) – Instituto de Comunicação e Expressão, Universidade de Brasília-UNB.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Rio de Janeiro: ABRASCO-HUCITEC, 1994.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade

- das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 117-160,
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface*, Salvador, fev. 2000.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- NUNES, E. D. Brasil: relação médico-paciente e suas determinações sociais. *Educación Médica y Salud*, v. 22, n. 2, p. 153-168, 1988.
- NUNES, E. D. *Sobre a sociología da saúde: origens e desenvolvimento*. São Paulo: HUCITEC, 1999, p. 89-104.
- ONG, I. et al. Doctor-patient communication: a review of literature. *Social Science Medicine*, Great Britain, v. 40, n. 7, p. 903-918, 1995.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. L. C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do sistema único de saúde (SUS). *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 1, n. 5, p. 27-57, 1992.
- PALMER, R. E. *Hermenêutica*. Lisboa: Edições 70, 1999.
- PARSONS, T. Some theoretical considerations bearing on the field of medical sociology. In: PARSONS, T. *Social structures and personality*. Nova York: Free Press, 1975.
- QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309-317, 1986.
- RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Campinas: Papirus, 1997. (v. 3).
- RHODES, L. A. Studying biomedicine as a cultural system. In: SARGENT, C. F.; JOHNSON, T. M. (Ed.) *Handbook of medical anthropology: contemporary theory and method*. Westport: Praeger Publishers, 1996.

- ROBINSON, J. D. Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Social Science Medicine*, v. 53, n. 5, p. 639-656, 2001.
- ROSEN, G. *História da saúde pública*. São Paulo: UNESP, 1975.
- ROTER, D.; HALL, J. *Doctors talking with patients, patients talking with doctors: improving communication in medical visitors*. Westport: Auburn House, 1993.
- ROTER, D. L. The medical visit context of treatment decision-making and therapeutic relationship. *Health Expectations*, n. 3, p. 17-25, 2000.
- ROTER, D. L.; HALL, J. A. Studies on doctor-patient interaction. *Annual Review Public Health*, v. 10, p. 163-180, 1989.
- ROTER, D.L. et al. Communication patterns of primary care physicians. *Journal of American Medical Association*, v. 277, n. 4, p. 350-356, Jan. 1997.
- RUNIA, E.; NIJENHUIS, E. Experience-sharing: an antidote to dependence-making behavior of general practitioners. *International Journal of Group Psychotherapy*, v. 45, n. 1, p. 17-35, 1995.
- RUUSUVUORI, J. Looking means listening: coordinating display of engagement in doctor-patient interaction. *Social Science Medicine*, v. 52, n. 7, p. 1093-1108, 2001.
- SAMAJA, J. *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA, 1993, p. 147-256.
- SARRIERA, J. C. O modelo ecológico-contextual em psicologia comunitária. In: SOUZA, L.; FREITAS, M. F. Q.; RODRIGUES, M. M. P. (Org.). *Psicologia: reflexões (im)pertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, p. 373-396.
- SCHRAIBER, L. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B.(Org.). *Saúde do adulto, programa e ações na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 29-47.

- SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- SCHARAIBER, L. B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. São Paulo, 1997. 209p. Tese (livre-docência disciplina medicina preventiva) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- SILVEIRA, J. O. *O apagamento discursivo da diferença na comunicação médico-paciente*. Brasília, 1993. 115 p. Dissertação (Mestrado em Lingüística) – Instituto de Comunicação e Expressão, Universidade de Brasília-UNB, Brasília.
- SIMPSON, M. et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*, v. 303, p. 1385-7, 1991.
- SOARES, L. E. *O rigor da indisciplina*. Rio de Janeiro: ISER/Relume Dumará, 1994, p. 17-69.
- SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. *Skills for communicating with patients*. Oxon, UK: Radcliffe Medical, 1998.
- STEIN, E. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre método em filosofia. In: HABERMAS, J. *Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica em Gadamer*. Porto Alegre: L&PM, 1987.
- STERNBERG, R. *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SUCUPIRA, A. C. S. L. *Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras*. São Paulo, 1981. 316 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.
- TOSTESON, D. C. New pathways in general medical education. *The New England Journal of Medicine*, v. 322, n. 4, jan. 1990.

VAN DICK, T. A. *Cognição, discurso e interação*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1999.

VILASBÔAS, A. L. Q. *Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. Salvador, 1998. 115 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia.

WEYRAUCH, K. F. et al. The role of physicians personal knowledge of the patient in clinical practice. *The Journal of Family Practice*, v. 40, n. 3, p. 249-256, 1995.

WILLIAMS, J.; WEINMAN, J.; DALE, J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*, v. 15, n. 5, p. 480-492, 1998.



# Anexo I

---



# Anexo II

---