**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Lógica médico-sanitária e lógica do senso comum: um
estudo de representação social de profissionais e
pacientes de uma Unidade Básica de Saúde em
Campinas, SP**

Carla Cristina Tze Jú Cavalcanti

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

**São Paulo
2015**

Lógica médico-sanitária e lógica do senso comum: um estudo de representação social de profissionais e pacientes de uma Unidade Básica de Saúde em Campinas, SP

Carla Cristina Tze Jú Cavalcanti

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

**Versão Original
São Paulo
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Para Suely e Carlos Alberto

Para Hamilcar Miranda

Para Ana Lefèvre

AGRADECIMENTOS

À Secretaria da Saúde de Campinas, pela permissão para a realização da pesquisa.

Ao Dr. Mauro Aranha, pela ajuda prestada.

À Dra. Marcia Amaral (coordenadora) e aos funcionários do Centro de Saúde Paranapanema, que me receberam e proporcionaram espaço para a realização da pesquisa, bem como à todos que participaram da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Fernando Lefèvre pela orientação e apoio no decorrer desta etapa.

À Profa. Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre pelo apoio, discussões e auxílio com a pesquisa.

À Malu e ao Marcelo que colaboraram em diversos momentos.

Ao Hamilcar Miranda por todo apoio, paciência e carinho, pelas sugestões e revisão final do trabalho.

Ao Silvio, pelo auxílio com o SPSS.

Não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma. (...)

Não basta o silêncio de fora. É preciso silêncio dentro. (...)

E aí, quando se faz o silêncio dentro, a gente começa a ouvir coisas que não ouvia.

Eu comecei a ouvir.

Rubem Alves

RESUMO

Cavalcanti CCTJ. Lógica médico-sanitária e lógica do senso comum: um estudo de representação social de profissionais e pacientes de uma Unidade Básica de Saúde em Campinas, SP [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.

Introdução - A Saúde Pública é um campo complexo de atuação e reflexão, onde existem dois grandes grupos sociais – o primeiro formado por acadêmicos e técnicos (especialistas, a quem é atribuída a lógica sanitária, dotada de todo peso legal e técnico) e o segundo por pessoas da população em geral (leigos, a quem cabe a lógica de senso comum, do cotidiano). A ideia de que há necessidade de aperfeiçoar a relação entre especialistas e leigos é aceita e acredita-se que seja possível por meio de políticas e práticas cujo objetivo final é sensibilizar a ambos para que contribuam de maneira mais ativa e autônoma colaborando no processo de alcance de ações mais eficientes e eficazes na Saúde Pública. **Objetivo** - Conhecer a representação social de profissionais e pacientes de uma unidade de saúde, para saber o que cada um desses grupos pensa a respeito da relação profissional de saúde-paciente. **Métodos** - Pesquisa qualiquantitativa, com uso do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados** - Os entrevistados, de maneira geral, acreditam que o diálogo é fundamental para melhorar os resultados da assistência à saúde, já que é possível, como consequência, uma ganho tanto no que tange à otimização de recursos quanto na qualidade e resultados do atendimento à população. Porém, para uma parcela dos profissionais, este diálogo deve se dar por meio da educação em saúde, entendida como aquela na qual a população deva ser "educada" exatamente na direção que o técnico tem interesse, sem levar em consideração a autonomia deste paciente, seus conhecimentos e seus anseios. **Conclusões** – Recomenda-se a implantação de um conjunto de ações coordenadas dos diversos atores envolvidos no processo, para se conseguir colocar as duas lógicas em diálogo, com resultados que possam ser considerados promissores para a saúde pública, utilizando-se dos conteúdos narrativos dos discursos para elaboração de materiais didáticos e de divulgação destinados a especialistas e ao público em geral com o objetivo de fazer avançar a proposta do compartilhamento.

Descritores: Representação Social; Relações Profissional-Paciente; Autonomia Pessoal; Pesquisa nos Serviços de Saúde; Discurso do Sujeito Coletivo

ABSTRACT

Cavalcanti CCTJ. [Medico-sanitary logic and the logic of common sense: a study of social representation of professionals and patients user of a basic health unit in Campinas, SP] [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

Introduction - Public Health is a complex field of action and reflection, where there are two major social groups – the first made up of academics and technicians (specialists, to whom is attributed to sanitary logic, with all legal and technical weight) and the second by people from the general population (laypeople, who fits the logic of common sense, of everyday life). The idea that there is a need to improve the relationship between experts and lay people is accepted and is believed to be possible through policies and practices whose ultimate goal is to sensitize both for contributing in a more active and autonomous collaborating in the process of achieving more efficient and effective actions in public health. **Objective** - Meet the social representation of professionals and patients of a health unit, to learn what each of these groups think about the health professional-patient relationship. **Methods** – Qualiquantitative research with use of the collective subject discourse. **Results** – Interviewees generally believe that dialogue is critical to improving healthcare outcomes, since it is possible, as a result, a gain both in terms of resource optimization and the quality and outcomes of care to the population. However, for a portion of the professionals, this dialogue must go through health education, understood as that on which the population should be "educated" exactly in the direction that the coach has interest, without taking into account the autonomy of the patient, their knowledge and their yearnings. **Conclusions** - It is recommended the implementation of a set of coordinated actions of the various actors involved in the process, to get the two logics in dialogue, with results that can be considered promising for public health, using the narrative content of the speeches for the preparation and dissemination of teaching materials intended for experts and the general public with the goal of advancing the proposal of sharing.

Descriptors: Social Representation; Professional-Patient Relations; Personal Autonomy; Health services research; Collective Subject Discourse

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	O MUNICÍPIO DE CAMPINAS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
1.2	LÓGICA MÉDICO-SANITÁRIA E LÓGICA DO SENSO COMUM	28
1.3	A AUTONOMIA	33
1.4	COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO	34
1.5	COMUNICAÇÃO: A RELAÇÃO NECESSÁRIA	39
1.6	REPRESENTAÇÃO SOCIAL	47
2	OBJETIVO	50
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS	51
3.1	INTRODUÇÃO	51
3.2	SUJEITOS DE PESQUISA	52
3.3	O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	53
3.4	INSTRUMENTO DE PESQUISA	63
3.5	A COLETA DE DADOS	65
3.6	AS MACRO CATEGORIAS	66
4	RESULTADOS	67
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA	67
4.2	OS DISCURSOS	81
4.3	AS MACRO CATEGORIAS	129
5	DISCUSSÃO	139
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	148
7	REFERÊNCIAS	152

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de Coleta de Dados	158
Anexo 2 - Convite aos profissionais da unidade de saúde	161
Anexo 3 - Instruções para participar da pesquisa	162

CURRÍCULO LATTES

Currículo Lattes da Autora	164
Currículo Lattes do Orientador	165

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	População do Município de Campinas, segundo sexo e localização, 2010	22
Tabela 2 -	População de Campinas, segundo distritos de saúde e sexo, Campinas, 2010	23
Tabela 3 -	Instalações físicas para assistência ambulatorial, no Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, 2014	25
Tabela 4 -	Número de profissionais alocados no Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, segundo as funções ocupadas, em agosto de 2014	27
Tabela 5 -	Dados demográficos do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas (abrangência): população total e por sexo, por faixa etária, dados do censo 2010 (IBGE), com projeção para 2013 (IBGE)	27
Tabela 6 -	Distribuição segundo faixa etária dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014	69
Tabela 7 -	Distribuição segundo faixa etária dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014	69
Tabela 8 -	Distribuição segundo sexo dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014	71
Tabela 9 -	Distribuição segundo sexo dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014	71
Tabela 10 -	Distribuição segundo escolaridade dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014	73
Tabela 11 -	Distribuição segundo escolaridade dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014	73
Tabela 12 -	Distribuição segundo a função exercida dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	74

Tabela 13 -	Distribuição segundo especialidade dos sete médicos do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	75
Tabela 14 -	Distribuição segundo a carga horária dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	76
Tabela 15 -	Distribuição segundo o tempo de exercício na unidade dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	76
Tabela 16 -	Distribuição segundo a utilização dos serviços da unidade pelos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr. 2014	78

Lista de Figuras

Figura 1 -	Mapa do Município de Campinas e Municípios limítrofes, 2010	21
Figura 2 -	Mapa do Município de Campinas segundo os distritos de saúde, 2010	24
Figura 3 -	Fotografias do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas-SP, 2010	25
Figura 4 -	Esquema representativo das consequências do avanço tecnológico na área da saúde	31
Figura 5 -	Esquema representativo do processo de comunicação	36

Lista de Gráficos

Gráfico 1 -	Distribuição segundo faixa etária dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	69
Gráfico 2 -	Distribuição segundo faixa etária dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014	69
Gráfico 3 -	Distribuição segundo sexo dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014	71
Gráfico 4 -	Distribuição segundo sexo dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014	71
Gráfico 5 -	Distribuição segundo escolaridade dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014	73
Gráfico 6 -	Distribuição segundo escolaridade dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014	73
Gráfico 7 -	Distribuição segundo a função exercida dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	74
Gráfico 8 -	Distribuição segundo especialidade dos sete médicos do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	75
Gráfico 9 -	Distribuição segundo a carga horária dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	76
Gráfico 10 -	Distribuição segundo o tempo de exercício na unidade dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014	76

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Informações e área de abrangência do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas-SP, 2014	25
Quadro 2 -	Serviços disponíveis no Centro de Saúde Paranapanema, Campinas-SP, 2014	26
Quadro 3 -	Esquema representativo dos conceitos de dados, informação e conhecimento	35
Quadro 4 -	Perfil de profissionais consultados segundo informações dos pacientes participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014	80
Quadro 5 -	Dados selecionados dos resultados do primeiro caso da pesquisa realizada de fev a abr. (pacientes) e de jul. a ago. (profissionais) 2014	140
Quadro 6 -	Dados selecionados dos resultados do segundo caso da pesquisa realizada de fev a abr. (pacientes) e de jul. a ago. (profissionais) 2014	140
Quadro 7 -	Dados selecionados dos resultados do terceiro caso da pesquisa realizada de fev a abr. (pacientes) e de jul. a ago. (profissionais) 2014	140
Quadro 8 -	Dados selecionados dos resultados do quarto caso da pesquisa realizada de fev a abr. (pacientes) e de jul. a ago. (profissionais) 2014	141

Siglas Utilizadas

AC -	Ancoragem
CS -	Centro de Saúde
DSC -	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH -	Expressão Chave
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC -	Ideia Central
MAC -	Macro Categoria
PIB -	Produto Interno Bruto
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Pública é um campo complexo de atuação e reflexão que precisa lidar com vários fatores como a mutação de cenário ideológico, alterações demográficas e epidemiológicas, além de condições culturais, sócio-econômicas e educacionais mais básicas.

Neste contexto, independentemente do país em questão, é largamente aceita a ideia de que há necessidade de aperfeiçoar a relação entre os especialistas e a população em geral. Acredita-se que isso seja possível por meio de políticas e práticas cujo objetivo final é sensibilizar a população e os especialistas para que contribuam de maneira mais ativa e autônoma colaborando no processo para que sejam alcançadas ações mais eficientes e eficazes na Saúde Pública. Sem dúvida há preocupação em relação ao tema, mas que fica, no mais das vezes, associada à ideia de humanização da assistência entendida como "suavização" das relações entre técnicos e população sem questionar seu componente essencialmente autoritário, mesmo que "bem intencionado".

Verificaram-se, por certo, referências a mudanças nos processos de formação dos diversos profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, odontólogos - ou de reorientação do modelo e do conteúdo dos cursos de Medicina, com a sugestão de inserção transversal ao longo do currículo de graduação de temas como bioética.

De outro lado, há esforços no sentido de um empoderamento da população por meio da educação em saúde.

Acredita-se, porém que tais propostas apesar de meritórias, não se encaminham como deviam para enfocar o tema da perspectiva da aproximação entre a lógica médico-sanitária e a lógica do senso comum.

Segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2007) para que a doença possa ser enfrentada de modo mais radical e, conseqüentemente a saúde despontar no horizonte, ela deve ser entendida como um desafio cognitivo, buscando-se, além do conhecimento de suas causas, também transformar o entendimento em ações de Promoção de Saúde.

Para isso, a população precisa ter acesso às informações pertinentes, de modo a poder atribuir significado próprio aos aspectos que a cercam que tem relação com as causas básicas do seu adoecimento.

Atualmente vivemos na chamada era da informação.

Em setembro de 1994 a Revista Super Interessante¹ publicou uma reportagem intitulada *“Era da informação: Tudo ao mesmo tempo agora. Como a tecnologia interativa vai modificar o cotidiano das pessoas”* em que menciona que a massificação vem dando lugar a personalização e que dentro de dez anos o maior negócio girará em torno da informação e conhecimento, graças a tecnologia e a internet.

O Portal Administradores², em maio de 2010, em seu artigo *“A era da informação e do conhecimento - Aprendendo a lidar com o excesso de informações, como devemos tratá-las para não desperdiçarmos tempo com assuntos sem relevância”*, afirma que “estamos vivendo a era do conhecimento e da informação, por este motivo recebemos diariamente uma enxurrada de notícias e informações do despertar ao adormecer, são informações oriundas das mais variadas fontes possíveis, desde noticiários de rádio, revistas, jornais, TV e e-mails”.

CASTELLS (2002) afirma que o final do século XX é o período da história em que há uma “transformação de nossa ‘cultura material’ pelos mecanismos de um novo paradigma tecnológico que se organiza em torno da tecnologia da informação.” (CASTELLS, 2002, p.67).

Para ele o momento pode ser caracterizado como uma revolução. “O que caracteriza a atual revolução tecnológica não é a centralidade de conhecimentos e informação, mas a aplicação desses conhecimentos e dessa informação para a geração de conhecimentos e de dispositivos de processamento/comunicação da informação, em um ciclo de realimentação cumulativo entre a inovação e seu uso”. (CASTELLS, 2002, p. 69).

Os grandes avanços tecnológicos que aconteceram no período provocam uma abertura, proporcionando possibilidades múltiplas de acesso à informação, facilitadas pela internet. O que vem sendo um problema continuado para os usuários (da internet) refere-se não só a sobrecarga, mas a dificuldade de identificar quais são prioritárias e dignas de crédito.

¹ <http://super.abril.com.br/tecnologia/era-informacao-tudo-ao-mesmo-tempo-agora-441027.shtml>

² <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/a-era-da-informacao-e-do-conhecimento/44706/>

Sem dúvida isso vem acontecendo, não só entre indivíduos, mas também entre organizações (empresas) preocupadas e que trabalham nesse sentido, buscando adaptar-se diuturnamente. Essas organizações são as chamadas organizações do conhecimento, que, de acordo com CHOO (2003),

a organização do conhecimento é aquela que possui informações e conhecimentos que a tornam bem informada e capaz de percepções e discernimento. (...), que lhe conferem uma vantagem, permitindo-lhe agir com inteligência, criatividade e, ocasionalmente, com esperteza (...), a organização do conhecimento está preparada para sustentar seu crescimento e se desenvolver num ambiente dinâmico (...), porque sente e entende o ambiente que a cerca. (No seu coração) está a administração dos processos de informação, que constituem a base para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. (CHOO, 2003, p. 17)

Para EDVINSSON (2003), “na internet, nos confrontamos com a globalização do conhecimento. Com um clique do mouse, é possível obter informações sobre o que uma empresa está fazendo do outro lado do mundo.” (EDVINSSON, 2003, p.28).

“Através dos recursos de correio eletrônico, groupware, internet e intranets, computadores e redes podem indicar pessoas com conhecimento e interligar pessoas que precisem compartilhar conhecimento à distância”. (DAVENPORT e PRUSAK, 1998, p.21-2)

Mas como afirmam DAVENPORT e PRUSAK (1998), “precisamos lembrar que esta nova tecnologia da informação é somente um sistema de distribuição e armazenamento para o intercâmbio do conhecimento. Ela não cria conhecimento e não pode garantir nem promover a geração ou o compartilhamento do conhecimento numa cultura corporativa que não favoreça tais atividades.” (DAVENPORT e PRUSAK, 1998, p.22).

Assim sendo, pode-se afirmar que a população tem tido acesso a um número crescente de informações por meio da internet, mas, se por um lado, trata-se de um ganho na medida em que tal acréscimo tem papel relevante no auxílio dos usuários no sentido de viabilizar um maior entendimento das causas e consequências das doenças possibilitando uma melhor gestão da própria saúde, por outro lado, o afluxo de informações acaba por complicar tal entendimento, em razão

do seu volume e da falta de uma visão mais crítica no sentido de se conseguir filtrar as informações realmente relevantes.

Desta maneira há necessidade de que se torne possível o acesso a informações relevantes e significantes, dando oportunidade ao indivíduo de agregar valor aos seus conhecimentos prévios e tomar as próprias decisões a respeito de questões relacionadas a sua vida.

Isso pode ser conseguido, entre outros processos, por meio de uma comunicação mais efetiva e dinâmica entre especialistas e leigos. Com isso acredita-se ser possível alcançar melhores práticas em relação aos cuidados com a saúde e qualidade de vida tanto por parte da população quanto dos especialistas, fazendo assim avançar a Saúde Pública, um empreendimento complexo que envolve basicamente práticas técnicas de atendimento médico-sanitário de caráter curativo e preventivo, bem como ações de vigilância frente a doenças da população e também práticas administrativas e de gestão que viabilizem a efetividade dos sistemas público e privado de atendimento.

Mas por mais que se aperfeiçoem estas dimensões restará ainda, para que se caminhe mais decisivamente em direção à ideia de saúde revisitada pela Promoção de Saúde, interferir de modo mais agudo na relação ainda basicamente assimétrica e autoritária, apesar da Internet, (SILVA, 2011) entre profissionais especialistas e leigos.

A Saúde e a Saúde Pública são entidades híbridas porque pertencem tanto à esfera técnica quando à humana em geral ou seja de cada uma das pessoas, proprietárias de seus corpos e de suas vidas (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2009).

Daí a importância atual de se investigar (para poder intervir) nas problemáticas relações entre profissionais de saúde e a população.

A temática da relação médico-paciente vem sendo, de há muito, estudada e podemos dizer, grosso modo, que talvez a finalidade da maioria destes estudos tenha sido e continue sendo a de facilitar o “compliance”, ou seja, o cumprimento das prescrições medicamentosas e comportamentais provenientes da esfera técnica.

Ou seja, o que se pretende é usar os conhecimentos sobre a relação médico paciente como uma estratégia de Bio Poder (CASTIEL, 2012) para fazer com que

os pacientes e as populações em geral contribuam ativamente para o seu próprio disciplinamento.

É preciso, pois inverter esta lógica e buscar conhecer mais e melhor a relação profissional de saúde-paciente da perspectiva do poder compartilhado entre a esfera técnica e a esfera humana, superando também o humanismo de fachada.

É o que se pretende neste trabalho, situado empiricamente, no espaço institucional atual (2014) da Rede Básica de Saúde do município de Campinas.

É claro que há diversos modos de cercar o conhecimento da problemática em exame no presente trabalho e o aqui escolhido é apenas um dos modos possíveis.

Assim para o exame do tema optou-se por discuti-lo da perspectiva da oposição entre lógica médico-sanitária e lógica do senso comum, colocando em confronto dois atores situados em posições sociais distintas em relação à saúde e doença.

Considerou-se igualmente importante iluminar a questão pela via da discussão (bio) eticamente relevante envolvendo o tema da autonomia do indivíduo comum e da necessidade moral do exercício da sua autonomia já que se trata de seu corpo e de sua mente.

Para tratar das lógicas, implica, por certo, o levantamento de alguns aspectos críticos da vasta questão da comunicação entre estes dois sujeitos sociais e do papel nela da informação e da própria mecânica e dinâmica da relação comunicativa.

Finalmente, no quadro de recursos teóricos necessários para o exame da problemática considerou-se relevante levantar alguns elementos da Teoria da Representação Social na medida em que esta, entendida como o conjunto de esquemas sócio-cognitivos mobilizados pelos sujeitos sociais para dar sentido ao seu agir e conformar sua identidade pode representar barreiras ou facilitadores para a mudança social rumo ao compartilhamento do poder no campo da saúde e da doença.

1.1 O MUNICÍPIO DE CAMPINAS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Optou-se por efetivar a pesquisa, objeto do presente trabalho, em uma unidade básica de saúde em função de sua característica. Conforme o Ministério da Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (...) Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.³

Desta forma, sendo a “porta de entrada” do sistema de saúde, acredita-se ser fundamental entender como as pessoas envolvidas nesse processo, sejam profissionais da saúde, sejam indivíduos usuários desse sistema, percebem a relação profissional-paciente e o que acontece nesse ambiente.

Campinas é uma cidade situada no Estado de São Paulo, distante noventa e dois quilômetros da capital, e que conta com pouco mais de 260 anos de história. Na segunda metade do século XVIII a chegada de fazendeiros oriundos principalmente de Itú, Porto Feliz e Taubaté, que buscavam terras para instalar lavouras de cana e engenhos de açúcar, forneceu outra dinâmica econômica, social e política à região. No interior destas fazendas nasceram os cafezais, impulsionando o desenvolvimento da cidade, que já concentrava grande contingente de trabalhadores. Nesta mesma época a cidade iniciou um intenso percurso de “modernização” dos seus meios de transporte, de produção e de vida. Com a crise de 1930, passou a assumir uma

³ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 22 julho 2014.

perspectiva industrial e de serviços, concentrando uma população constituída de migrantes e imigrantes de diversas regiões do estado, do País e do mundo, atraída pela instalação de um novo parque produtivo (composto de fábricas, agroindústrias e estabelecimentos diversos). Entre as décadas de 1970 e 1980 a população chegou a duplicar de tamanho, face aos fluxos migratórios.⁴

A cidade possui bosques, parques e reservas naturais, que preservam a mata nativa e outras espécies que foram acrescentadas, lagos, bem como agrega espaços destinados ao lazer e esporte, instituições culturais, viveiro com mudas de espécies nativas, borboletário e zoológico, dentre outros.

A Figura 1 mostra o mapa do município de Campinas.

Figura 1 - Mapa do Município de Campinas - SP e Municípios limítrofes, 2010

Fonte: Adaptado de <http://infotur.campinas.sp.gov.br/mapa.php>

⁴ <http://www.campinas.sp.gov.br/sobre-campinas/origens.php>. Acesso em 20 novembro 2011

A área da unidade territorial é de 796,4 Km², sua densidade demográfica é de 1.372,31 hab/Km². A população residente é de 1.080.113 pessoas, sendo 98,28% urbana (Tabela 1).

As informações sobre o PIB (Produto Interno Bruto) do município, em 2008⁵:

- PIB (em milhões de reais correntes) - 29.363,06
- PIB per Capita (em reais correntes) - 27.788,98
- Participação no PIB do Estado - 2,927478%

Segundo o IBGE, o número total de estabelecimentos de saúde em 2009 somava trezentos e setenta e três; destes, cento e três públicos, dos quais três estaduais e cem municipais.

De acordo com as informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o município é gestor pleno do sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do Município.

Em decorrência da sua complexidade, o sistema é dividido em cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste). Essa distritalização foi iniciada com a atenção básica, passando pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos conveniados/contratados.

Tabela 1 - População do Município de Campinas, segundo sexo e localização, em 2010

População Residente	Homens	Mulheres	Total
Urbana	511.483	550.057	1.061.540
Rural	9.382	9.191	18.573
Total	520.865	559.248	1.080.113⁶

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010⁷

⁵ <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>. Acesso em 20 novembro 2011

⁶ A estimativa populacional (IBGE) para o município referente a 1º de julho de 2014 é de 1.154.617

⁷ www.ibge.gov.br. Acesso em 20 novembro 2011

Por ser um centro de referência, absorve a demanda da região. A rede é composta por unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas, abrangendo a Atenção Básica e de Média e Alta Complexidades.

Os centros de saúde totalizam sessenta e um, dimensionados para atender aproximadamente 20.000 habitantes cada, com equipes multiprofissionais – médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e equipe de apoio. Cerca de um terço dos centros de saúde contam com profissionais de saúde mental - médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais.

A Tabela 2 mostra a população, distribuída nos distritos de saúde, por sexo, em 2010. Na Figura 2 pode-se verificar o mapa do município dividido conforme os distritos de saúde.⁸

A seguir, são apresentados os cinco Distritos de Saúde e as unidades que cada um possui.

Distrito de Saúde Norte: Vigilância em Saúde, Serviços de Assistência e Internação Domiciliar, Centro de Atenção Psicossocial, onze Centros de Saúde, Centro de Referência de Atenção Integral a Saúde do Adolescente, Ambulatório Ceasa, Farmácia Popular, Pronto Atendimento, Centro de Lactação - Banco de Leite, Centro de Controle de Zoonoses.

Tabela 2 - População de Campinas, segundo distritos de saúde e sexo, Campinas, 2010

Distrito	Masculino	Feminino	Total
Sul	138.690	147.783	286.473
Leste	110.763	125.243	236.006
Sudoeste	98.294	102.916	201.210
Norte	97.663	102.697	200.360
Noroeste	75.407	80.580	155.987
Total	520.817	559.219	1.080.036⁹

Fonte: Adaptado de <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

⁸ <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 20 novembro 2011

⁹ As informações a respeito do número total de habitantes do Município de Campinas são divergentes em 77 vidas, conforme dados da SMS e do IBGE

Figura 2 - Mapa do Município de Campinas segundo os distritos de saúde

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Distrito de Saúde Sul: Vigilância em Saúde, Serviços de Assistência e Internação Domiciliar, dois Centros de Apoio Psicossocial, dezesseis Centros de Saúde, dois Ambulatórios de Especialidades, Pronto Atendimento, Portal das Artes.

Distrito de Saúde Leste: Vigilância em Saúde, Serviços de Assistência e Internação Domiciliar Leste/Norte, dois Centros de Apoio Psicossocial, dez Centros de Saúde, Centro de Vivência Infantil, Pronto Atendimento.

Distrito de Saúde Noroeste: Vigilância em Saúde, Centro de Apoio Psicossocial, doze Centros de Saúde, Pronto Atendimento, Casa das Oficinas.

Distrito de Saúde Sudoeste: Vigilância em Saúde, Serviços de Assistência e Internação Domiciliar Sudoeste/Noroeste, dois Centros de Atenção Psicossocial, doze Centros de Saúde, Botica da Família, Laboratório de Análises Clínicas, Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Testagem e Aconselhamento, Tear das Artes.

Optou-se por estudar, no presente projeto, o Centro de Saúde (CS) Paranapanema, localizado no Distrito Sul, bairro Jardim Guarani. O Quadro 1 apresenta as informações da unidade e a Figura 3 mostra as fotografias da unidade.

Quadro 1 – Informações e Área de abrangência do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, 2014

Centro de Saúde Paranapanema – Distrito de Saúde Sul	
Coordenadora:	Marcia Helena Amaral CNES: 2022869
Endereço:	R. Boaventura Lemos, 590 - Jd. Paranapanema-Campinas - SP
Fones:	(19) 3252-7189 / 3253-6993
e-mail	saude.csjdparanapanema@campinas.sp.gov.br
Horário de Funcionamento	Segunda a Sexta das 07:00 as 19:00 horas
Área de Abrangência:	Jardim Baronesa, Jardim Guarani, Jardim Lemos, Vila Lemos, Parque Nova Campinas, Nova Campinas, Jardim Novo São José, Jardim Outro Branco, Jardim Paraíso, Favela Paranapanema, Jardim Paranapanema, Ocupação Paranapanema I, Jardim Paulistano, Jardim Proença, Jardim Santa Marcelina, Jardim São Fernando e Jardim São Joaquim.

Fonte: Adaptado de <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

Figura 3 – Fotografias do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, 2010

Fonte: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

As instalações físicas do Centro de Saúde Paranapanema e os serviços disponíveis podem ser vistos na Tabela 3 e Quadro 2, respectivamente.

Tabela 3 – Instalações físicas para assistência ambulatorial, no Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, 2014

Ambulatório	Quantidade	Leitos/Equipos
Clínicas Básicas	10	-
Outros consultórios não médicos	6	-
Sala de enfermagem – serviços	1	-

Fonte: Adaptado de <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

Quadro 2 – Serviços disponíveis no Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, 2014

Consultas e Especialidades Enfermagem Odontologia Psiquiatria Psicologia Nutrição Clínica Médica Pediatria Terapia Ocupacional Ginecologia/Obstetrícia Fisioterapia Exames de Apoio Diagnóstico Acuidade Visual Papanicolau Exames laboratoriais Biópsias Eletrocardiograma Glicosimetria Outros Serviços Especializados Esterilização de Materiais Farmácia Informações gerais de saúde	Serviços Assistenciais Aplicação de medicamentos Atendimentos programáticos de enfermagem Inalações Procedimentos complexos de enfermagem Verificação de sinais vitais Vacinação – adulto Vacinação – criança Procedimentos cirúrgicos básicos Tratamento odontológico preventivo Curativos Serviço de Atenção a Tuberculose Programa Saúde da Família Controle e Acompanhamento a Gestação Atividades Externas Atendimentos domiciliares Convocações Vigilância em Saúde Acidentes de Trabalho Carteira de Saúde Vigilância Epidemiológica Vigilância Sanitária
--	--

Fonte: Extraído de <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

Como o número de profissionais da unidade, segundo informações da SMS de Campinas, disponíveis no site (<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>), refere-se a dezembro de 2013, a Coordenadora da unidade forneceu dados do número total de profissionais, inclusive daqueles que estão afastados, separados por função, referentes a 2014, que podem ser vistos na Tabela 4.

As informações referentes a população total abrangida pelo CS Paranapanema, por sexo, dividida segundo a faixa etária, de acordo com o censo 2010, bem como a projeção populacional para o ano de 2013, podem ser vistas na Tabela 5. Os dados foram atualizados em abril de 2014¹⁰.

¹⁰ <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 20 outubro 2014

Tabela 4 – Número de profissionais alocados no Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, segundo as funções ocupadas, em agosto de 2014

Funções	Número de Profissionais		
	Total	Afastados	Em exercício
Agente Administrativo	1	1	-
Agente Comunitário de Saúde	11	1	10
Auxiliar de Enfermagem	10	2	8
Auxiliar em Saúde Bucal	2	-	2
Coordenador	1	-	1
Dentista	3	-	3
Enfermeiro	3	-	3
Médico Clínico	1	-	1
Médico da Estratégia da Saúde da Família	4	-	4
Médico Ginecologista e Obstetra	3	-	3
Médico Homeopata	1	-	1
Médico Pediatra	4	-	4
Psicólogo	1	-	1
Técnico de Enfermagem	3	-	3
Técnico de Farmácia	2	-	2
Técnico de Laboratório	1	1	-
Terapeuta Ocupacional	1	-	1
TOTAL	52	5	47

Fonte: Informações cedidas pela Coordenação da unidade, por e-mail, em 13 de agosto de 2014

Tabela 5 - Dados demográficos do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas (abrangência): população total e por sexo, por faixa etária, dados do censo 2010 (IBGE), com projeção para 2013¹¹ (IBGE)

Faixa Etária	Censo 2010			Projeção 2013		
	total	homem	mulher	total	homem	Mulher
- 1 a	247	126	121	254	129	125
1 a	257	125	132	263	128	135
2-4 a	768	412	356	788	423	365
5-9 a	1323	666	657	1357	683	674
10-14 a	1528	812	716	1567	833	734
15-19 a	1631	818	813	1673	839	834
20-49 a	12323	5856	6467	12642	6008	6634
50-59 a	3514	1629	1884	3604	1671	1933
60-79 a	4043	1816	2227	4147	1863	2284
80 + a	667	241	426	684	247	437
Total	26.301	12.501	13.799	26.979	12.824	14.155

Fonte: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

¹¹ Dados referentes a estimativas para 2014 não estavam disponibilizados no site da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

1.2 LÓGICA MÉDICO-SANITÁRIA E LÓGICA DO SENSO COMUM

Pode-se dizer que, no campo da Saúde existem dois grandes grupos sociais – o primeiro formado por pessoal acadêmico e técnico e o segundo por pessoas da população em geral, os ditos leigos.

LEFÈVRE e LEFÈVRE (2007) mencionam que a existência desses dois grupos sociais se deve ao “fato de que a população e os profissionais de saúde sempre falaram, e continuam falando e atuando, sobre a saúde e doença de dois lugares ou espaços sociais bastante distintos” (p. 54).

Cada um desses grupos possui características distintas, com seus próprios conhecimentos, informações, modos de pensar e desenvolvimento cognitivo, além de ocuparem espaços sociais e de poder distintos (LEFÈVRE, 2007). Enquanto os profissionais falam de espaços acadêmicos ou ligados ao aparato institucional do campo da saúde, a população fala a partir do espaço do cotidiano, residencial ou de trabalho, tendo como consequência para os primeiros, uma fala legal e autorizada (BOURDIEU e PASSERON, 1975), ao passo que para os últimos cabe uma fala ilegal (o leigo que fala sobre saúde e doença pode, em certas circunstâncias, ser acusado de charlatanismo) ou desautorizada ainda que sobre o próprio corpo e a própria doença.

LE BRETON (2012) faz uma análise do corpo, apresentando duas dimensões: o saber biomédico e o saber popular. Para ele, o primeiro, ou seja, os especialistas são “os únicos aptos a apreciar os critérios do verdadeiro a partir de um conjunto de regras pretendendo a uma validade independente das culturas e da história”. Ele afirma existir um divórcio “entre os saberes populares e do corpo, sempre ativos em nossos dias, notadamente por meio das tradições de cura, e a cultura erudita, notadamente biomédica”. (LE BRETON, 2012, p. 127). E acrescenta que “o saber biomédico é, de certa maneira, a representação oficial do corpo humano hoje, é ensinado nas universidades e sobre ele repousam os laboratórios de pesquisa, ele funda a medicina moderna... Mas, tratando-se de um elemento da cultura erudita, é um saber esotérico, muito pouco partilhado pelos contemporâneos”. (LE BRETON, 2012, p. 128).

Para SANTOS (2007, p. 37) “a hierarquia, a estrutura piramidal, a aculturação dos subordinados, as práticas ‘transmissionistas’ e a divisão entre quem ‘sabe’ e quem ‘não sabe’, entre ativos e passivos não são males ocasionais, mas características inerentes a esse tipo de sistema”.

A teoria das Representações Sociais considera que existem diferentes formas de se comunicar e conhecer, que geram seu próprio universo, sendo elas a consensual (senso comum) e a científica (especialistas) (ARRUDA, 2002). Justifica que

O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. Ambas, portanto, apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana (ARRUDA, 2002, p. 130).

O conhecimento técnico científico do profissional de saúde é fator fundamental e inquestionável, mas se faz tão necessário quanto o conhecimento que a população possui - o conhecimento dito leigo, mas que também diz respeito ao que o homem vivencia, ao que sente, às condições econômico-sociais, culturais e familiares, que certamente influenciam no processo saúde-doença e não apenas na adesão a determinado tratamento.

Se de um lado há o profissional de saúde – acadêmico ou técnico - que detém as informações e conhecimentos necessários para tratar do assunto e a sociedade vê este profissional como alguém que possui as condições necessárias para “legislar” e mesmo “impor” a saúde para o conjunto da população leiga, do outro está a população leiga, aquela que sofre diretamente os impactos da saúde e da doença e que vive estas condições na experiência cotidiana, a partir de seu corpo e sua mente.

Para LE BRETON (2012, p. 296) “a distância social e cultural é frequentemente grande entre o médico notável, possuidor de um saber esotérico que ele raramente busca compartilhar, e o paciente despossuído de seu saber sobre ele mesmo, ignorante dos significados que o atravessam e que ele está destinado a não compreender”.

Continua, mencionando que

cada um recebeu uma aparência de saber anatômico e fisiológico nos bancos da escola ou do liceu, observando o esqueleto das salas de aula, as ilustrações do dicionário ou assimilando os conhecimentos vulgarizados que se trocam cotidianamente entre vizinhos e amigos, e que provêm da experiência vivida e do contato com a instituição médica, a influência das mídias etc. mas esse saber permanece confuso. (LE BRETON, 2012, p. 129).

LEFÈVRE (2007) afirma que a saúde e a doença são objetos híbridos, na medida em que são “objeto(s) científico(s) de estudo e intervenção do profissional”, (mas também são) “enquanto sentimento de corporeidade, sensação física e emocional, objeto de direito, locus de autonomia, (...) propriedade da pessoa, do indivíduo que é dono do seu corpo” (LEFÈVRE, 2007, p.20).

O indivíduo é, certamente, proprietário do seu corpo, mas não pode fazer o que quiser com ele sem que haja consequências, inclusive legais. O profissional de saúde é a figura “proprietária” social e legalmente autorizada para agir em situações e momentos em que há uma necessidade de intervenção no corpo do indivíduo em decorrência da doença ou da falta de saúde.

A saúde e a doença são, ao mesmo tempo, propriedade do profissional da saúde, proprietário do Conhecimento sobre o corpo e da pessoa, proprietária de seu corpo próprio. E é com essa antinomia ou paradoxo que a Medicina e a Saúde Pública precisam lidar, o que acaba por esbarrar no que LEFÈVRE (2007) chama de impasse de natureza estrutural, que inviabiliza a verdadeira comunicação ou diálogo entre a lógica médico-sanitária e a lógica do senso comum. Tal inviabilização comunicacional é decorrente de duas linguagens e discursos distintos: a fala médico-sanitária, dotada de todo o peso técnico e legal e a fala da população, do senso comum, sem este peso técnico e legal, conformando mundos separados e incomunicáveis.

Se por um lado os avanços da tecnologia são indubitavelmente importantes no processo de diagnóstico e tratamento de patologias, por outro esta tecnologia demanda um maior conhecimento especializado, o que também provoca um maior desconhecimento por parte do leigo, acarretando maior dependência da tecnologia e consequentemente dos profissionais, o que pode ocasionar uma menor capacidade desse sujeito gerenciar a própria vida, como pode ser visto na figura 4.

Figura 4 – Esquema representativo das consequências do avanço tecnológico na área da saúde

Como consequência desse processo de incorporação tecnológica na prática médica como um todo, pode-se perceber um processo crescente inverso no que tange a aproximação do sujeito ao profissional, pois aumenta a impessoalidade, aumenta a materialidade, onde o foco é a doença e não o doente, até pela forma de diagnóstico, que independe ainda mais da manifestação do usuário.

LE BRETON mostra este aspecto na medida em que menciona que “o homem, em sua identidade própria, ocupa um lugar anônimo nesse edifício de conhecimento e de ação” (LE BRETON, 2012, p. 288).

Para ele,

essa visão da doença só pode conduzir o doente a depor-se passivamente entre as mãos do médico, e a esperar que o tratamento recebido faça seu efeito. A doença é outra coisa que não ele; seu esforço em curar, sua colaboração ativa não são considerados essenciais. O paciente não é encorajado a interrogar-se acerca do sentido íntimo de seu mal, nem a envolver-se, pede-se justamente que ele seja paciente, que ele tome sua medicação e espere pelos seus efeitos. (LE BRETON, 2012, p. 288)

Aumenta-se, conseqüentemente, a distância entre as pessoas – leigos e técnicos.

“A crescente incorporação de exames diagnósticos de alta complexidade (...) gradativamente influenciaria a forma como médicos e pacientes comunicavam-se e interagiam entre si” (MOURA, 2012, p. 158).

Certamente há na população uma expectativa crescente de que a tecnologia possa ser suficiente para resolver os problemas de saúde e saúde pública. O mercado capitalista que incentiva o consumo e o consumo de “saúde” é muito forte e altamente convincente. Tomar um “comprimidinho” e não precisar fazer uma dieta, por exemplo, passa a ser o “sonho” de muitos – mais fácil e mais rápido. A vacina contra a dengue é outro exemplo disso - as pessoas aguardam ansiosas por mais esta resolução tecnológica, pois resolveria os necessários cuidados de prevenção da doença, tão conhecidos e tão pouco praticados, e que envolvem compromisso e participação da população – em última análise, o início de um processo de autogestão da saúde.

Para SANTOS (2007, p. 39) “as dificuldades de comunicação entre o ‘cientista’ e o ‘leigo’, no entanto, estão vinculados a determinadas constrições colocadas pelo tipo de processo cognitivo desenvolvido em nossa espécie, a partir de tecnologias de inteligência determinadas”.

O que está por trás desses processos, pode-se dizer, são questões como a falta de informação que faça sentido para a prática diária das pessoas, que esteja em consonância com as suas reais necessidades e, principalmente, com a realidade em que vivem.

Na direção de solucionar esse impasse, acredita-se ser preciso colocar frente a frente, em diálogo, a lógica médico-sanitária e a lógica da população, na tentativa de que se entenda que existe conhecimento nos dois lados, ainda que distintos. Existe a necessidade de estabelecer um diálogo entre o mundo de dentro e de fora da academia, ou seja, de uma maior relação entre os especialistas e não especialistas.

1.3 A AUTONOMIA

Não é possível também desconsiderar no contexto desta discussão a questão da autonomia do sujeito, ou pelo menos a que ele deveria ter, para decidir a respeito de sua saúde/doença.

Mas “o homem comum projeta sobre seu corpo um saber compósito que parece com um manto de Arlequim, um saber feito de zonas de sombra, de imprecisões, de confusões, de conhecimentos mais ou menos abstratos aos quais ele empresta certo relevo.” (LE BRETON, 2012, p.135)

Pereira et al apud FORTES e ZOBOLI (2004), afirmam que é necessário “oferecer oportunidades para que as pessoas conquistem a autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetam suas vidas e capacitar as pessoas a conquistarem o controle sobre sua saúde e condições de vida” (p.152). Ou seja, as pessoas precisam ter autonomia para optar por aquilo que acreditam ser melhor para elas próprias, de acordo com a situação específica e também com seus próprios valores, crenças, necessidades, sendo responsáveis pelas consequências de suas próprias decisões.

Mas o profissional da saúde acaba por não considerar uma possível autonomia que o sujeito, seu paciente, possa ter em relação a sua saúde/doença e as alternativas de tratamento já que acredita que é o único possuidor de algo que pode ser utilizado em situações de tratamento da doença. Não há diálogo, pois há, também, uma dificuldade no ouvir o outro.

Para fazer frente a essa questão (exercer a sua autonomia) é necessário considerar a questão do direito à informação, ou seja, que esse sujeito tem o direito a conhecer tudo o que diz respeito ao processo doença-tratamento-alternativas.

A questão da autonomia é bastante complexa, na medida em que se mistura nela liberdade e competência.

Para LE BRETON (2012, p. 139) “o indivíduo, tendo a escolha entre uma poeira de saberes possíveis, oscila de um a outro sem jamais encontrar aquele que lhe convém inteiramente. Sua liberdade de indivíduo e sua criatividade alimentam-se dessas incertezas, da permanente procura de um *corpo perdido*, que é, de fato, aquela de uma *comunidade perdida*”.

Da perspectiva da bioética ZOBOLI (2007) “considera autonomia, no mínimo, enquanto uma auto-regulação livre, no máximo que for possível, de interferências controladoras de terceiros e de limitações” (p.25). O sujeito autônomo é aquele que tem capacidade para tomar decisões e fazer as próprias escolhas. É respeitado na medida em que recebe uma informação e a partir daí tem condições de recusar ou aceitar de maneira esclarecida.

Ou seja, o sujeito precisa ter informações suficientes, vindas do profissional da saúde, que o capacitem a tomar uma decisão a respeito de determinado tratamento, de forma esclarecida, entendendo as variáveis envolvidas nesse processo, e assumindo as consequências dessa decisão. Essa autonomia, segundo ZOBOLI (2007), “seria a emancipação dos nossos sujeitos no processo saúde-doença” (p. 27). Para ela, respeitar o sujeito autônomo vai exigir convivência com as diferenças e as decisões diferentes. É necessário buscar entender o que o outro está querendo dizer, para que a comunicação se estabeleça.

Estas questões implicam a necessidade de uma permanente troca de informações entre os diversos atores - profissionais e pacientes - para que estas sejam suficientes para alcançar uma decisão “compartilhada”.

1.4 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Informação e comunicação. Quais são as informações necessárias? De que maneira serão comunicadas às pessoas? O que se espera com isso, que resultados? Esse, sem dúvida, é um processo bastante complexo e que requer cuidados no seu exame.

Para que seja possível responder a essas perguntas, primeiramente é necessário definir alguns conceitos.

Dados são elementos, registros de ocorrências. A informação é a organização desses dados de forma a servir a uma necessidade de conhecimento, análise e/ou tomada de decisão. Já o conhecimento é constituído pela interpretação

que o interessado faz das informações disponíveis, o que o torna completamente dependente do nível de competência e motivação deste interessado. (Quadro 3).

Quadro 3: Esquema representativo dos conceitos de dados, informação e conhecimento

Dados	Informação	Conhecimento
Simples observação sobre o estado do mundo · Facilmente estruturado · Facilmente obtido por máquinas · Frequentemente quantificado · Facilmente transferível	Dados dotados de relevância e propósito · Requer unidade de análise · Exige consenso em relação ao significado · Exige necessariamente a mediação humana	Informação valiosa da mente humana Inclui reflexão, síntese contexto · De difícil estruturação · De difícil captura em máquinas · Frequentemente tácito · De difícil transferência

Fonte: Davenport, 2001, p. 18

O diagrama (Figura 5) apresenta o processo de comunicação, que é uma via de mão dupla, e acontece condicionado a algumas condições essenciais: emissor e receptor devem ser competentes e estarem motivados para que a comunicação aconteça de forma a alcançar os seus resultados; a informação a ser transmitida deve ser de interesse e compatível com a competência das duas partes; a primeira parte deve se utilizar de um código (linguagem) de conhecimento comum, e passá-la tomando-se o cuidado com possíveis ruídos (interferência de qualquer natureza) que possam vir a atrapalhar ou dificultar seu completo entendimento; utilizar-se de um canal adequado (a forma, como por exemplo, a fala); tendo por fim, um retorno da segunda parte, o *feedback* ou retroalimentação, que é fundamental para a eficiência do processo de comunicação.

A informação e o cuidado sobre como ela deva ser compartilhada, isto é, o seu uso, é que vão permitir um resultado mais ou menos voltado para os interesses das pessoas envolvidas nesse processo.

Figura 5 – Esquema representativo do processo de comunicação

Não se pode esquecer que a administração da informação tem relação com a cultura – da instituição de saúde e, conseqüentemente dos profissionais (o que deve vir da gestão da unidade), mas também dos usuários desse sistema.

A comunicação é a maneira de se tornar a informação acessível a outras pessoas, ou disponibilizá-las a pessoas que tenham necessidade da informação ou interesse nela.

Para o presente trabalho interessa discutir não somente a comunicação, mas mais precisamente a comunicação na área da saúde.

“A comunicação em saúde envolve a análise e a utilização de processos e estratégias de comunicação com o objetivo de informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos indivíduos, dos grupos e das comunidades, no sentido da promoção da saúde, bem-estar e prevenção das situações de doença, risco e vulnerabilidade” (RAMOS, 2012).

Segundo TEIXEIRA (2004, p. 615) “comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”. Para ele,

os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar os resultados da actividade dos técnicos em termos de ganhos em saúde, no que se refere à morbilidade, bem-estar

psicológico e qualidade de vida dos utentes e são excelentes analisadores da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde. (TEIXEIRA, 2004, p. 616)

Araujo e Cardoso apud LOFEGO e PINHEIRO (2013), dizem que a

comunicação, assim, longe de poder ser restrita à transmissão de informações “já dadas”, é vista como permanente e disputado processo de produção, circulação e apropriação de sentidos sociais. Tal perspectiva impõe a superação de práticas e modelos teórico-metodológicos de natureza instrumental, bipolar, unidirecional, que ignoram ou reduzem a complexidade dos processos relacionados aos sentidos da saúde. (p. 62-63).

Esse processo de comunicação em saúde requer que a relação entre as pessoas (profissional e o paciente) seja revista, já que

(...) a comunicação (...) dos (...) profissionais de saúde, passa a ser fortemente modificada com o surgimento de pacientes mais organizados e mais bem informados. A figura do paciente passivo, que aguarda as informações e orientações do profissional de saúde detentor do saber, numa ação puramente bancária (...) começa a dar lugar a um tipo de paciente mais atento aos males de seu próprio corpo. (PESSONI, 2013, p. 137)

Como colocam Pinheiro, Silva e Mattos apud LOFEGO e PINHEIRO (2013), “o cuidado inclui o envolvimento, a escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida, abrindo espaço para a inclusão dos saberes, dos desejos, das diferenças dos sujeitos e suas necessidades específicas.”

É um processo em que não há apenas a comunicação, a informação a respeito de um diagnóstico, prescrições e seu acatamento, mas sim uma relação, uma interação entre as duas partes, para que as decisões e as alternativas passem por outras áreas, uma busca por entender o paciente em seu cotidiano, ou seja, que se considere o “todo” daquele paciente.

A mudança paradigmática que se observa em relação às práticas e políticas de saúde na globalização, (...) indica a necessidade de um agir interdisciplinar alinhado à sistematização e à difusão de conhecimentos, capaz de levar em conta os processos informacionais e comunicacionais que configuram os múltiplos significados sobre o que representa viver de maneira « saudável e

correta », sobretudo em sociedades onde os recursos de saberes e tecnologias em saúde são disponibilizados e utilizados de maneira desigual, num contexto de crescente mercantilização dos cuidados e da assistência. (MARTELETO e COUZINET, 2013)

Conforme MARTINEZ e RAMÍREZ (2013) “comunicação é colocar as coisas em condição de que se conectem por um fator comum, compartilhando algo.” Para eles, a comunicação em saúde “é um processo educativo, é um processo de construção do conhecimento; é um processo de desenvolvimento da capacidade crítica e de intervenção na realidade para sua transformação”. E acrescentam, ainda, que “a inter-relação entre saúde e comunicação, tem a necessidade de ser ao mesmo tempo uma atividade ligada à educação e a mudança de hábitos e perspectivas”.

Nesse sentido é importante pensar a comunicação e a comunicação em saúde, não como uma mera transmissão de informações, como algo diretamente ligado ao conteúdo; passa-se a ter a necessidade de pensar esse processo como uma produção interativa de conhecimento entre os diferentes agentes, onde há uma troca e construção de conhecimentos, em que todas as partes envolvidas aprendem independente da posição ocupada, se cientista ou leigo.

A busca pelo diálogo deve proporcionar o alcance de uma relação mais efetiva com o intuito de se obter resultados mais positivos para as partes.

1.5 COMUNICAÇÃO: UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA

Como mencionado anteriormente, as duas lógicas conformaram “dois mundos” distintos. De acordo com MINAYO (2010)

A barreira mais visível entre o médico e a população, para expressar e tratar das doenças ocorre por meio de um código de linguagem fechado e específico próprio da biomedicina (...) (que) atém-se ao contorno biológico e individual do doente, explicando o fenômeno da saúde como o bom funcionamento do organismo (...), separando o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial. (...) (Considera) o corpo como objeto de saber e espaço da doença. (...) (Enquanto que para a sociedade) as doenças são pensadas de forma articulada à saúde, como parte do processo vital (...) ou com eventos específicos vinculados a fatores endógenos e exógenos que as desencadeiam (p. 248-9).

A busca pelo compartilhamento de conhecimento sobre saúde e doença, a qualidade da relação de comunicação entre profissionais e pacientes (via de mão dupla), podem resultar em melhores práticas por parte dos sujeitos. Essa questão também está relacionada (mas não exclusivamente) com a adesão das pessoas aos tratamentos propostos pelos profissionais da saúde. Por exemplo, questiona-se se a conduta e a indicação de determinado medicamento pelo profissional são seguidos pelo paciente, na medida em que pode haver ou não um entendimento de sua real situação e necessidade.

MOURA (2012) aborda quatro correntes teóricas a respeito da comunicação-interação entre médicos e pacientes na atenção primária: medicina centrada no paciente, medicina baseada em narrativa, integralidade da atenção à saúde, abordagem integral. O autor menciona que não há uma única teoria que seja capaz de solucionar esse impasse no processo de comunicação-interação entre os profissionais da saúde e os pacientes, ou cientistas e leigos.

PASCAL (2001) acredita que um público mais bem informado e envolvido, passa de agente passivo a participante ativo nas decisões sobre sua saúde, o que resultará em melhores cuidados de saúde - e melhor saúde - para todos.

As atividades de comunicação e informação nas organizações públicas de saúde ainda são muito marcadas por uma visão instrumentalizadora e utilitária. Enquanto a primeira se volta principalmente para a produção de material publicitário, publicações editoriais, assessorias de imprensa, a segunda se baseia no desenvolvimento de sistemas que armazenam e disponibilizam dados, tendo como principais objetivos apoiar decisões de gestores e garantir financiamento (LOFEGO e PINHEIRO, 2013).

Ao se considerar tais afirmações como válidas, admite-se que a preocupação nas organizações públicas de saúde está voltada menos a um processo de comunicação de dupla mão entre profissional e paciente, que se considera saudável e desejável, e mais a uma ação de determinação sobre a saúde do usuário.

Conforme ARBUTHNOTT e SHARPE (2009), as taxas de aderência ao tratamento são maiores em pacientes que estão mais envolvidos no processo de decisão, sendo que a inclusão da sua preferência e sua perspectiva durante a consulta é essencial para obter a sua cooperação após a consulta. Além disso, pode-se observar que a não aderência é altamente custosa para o paciente, para a economia e para a sociedade. Desta forma há necessidade de se combinar o conhecimento do paciente sobre si mesmo com o conhecimento do profissional para obter o melhor tratamento possível para um paciente individualmente.

MINAYO (2010) cita Roszak ao falar sobre o tecnicismo

O grande segredo da tecnocracia do social é sua capacidade de nos convencer do silogismo seguinte: que as necessidades vitais do ser humano, contrariamente a tudo que nos foi ensinado pelos grandes sábios, são de caráter puramente técnico, ou seja, que as exigências de nossa espécie são suscetíveis de ser plenamente determinadas por uma análise formal, conduzida por especialistas qualificados; que essas exigências podem ser traduzidas em programas sociais e econômicos e assim satisfeitas e que, se um problema não tem solução técnica ele é apenas um falso problema, uma ilusão, uma ficção nascida de qualquer tendência cultural regressiva (p.55).

Tal tecnicidade engessa e/ou dificulta a relação entre os dois grupos, e na verdade deveria acontecer de forma diversa, estando o técnico mais voltado às questões dos pacientes, a entender e trabalhar em prol da sociedade e especificamente da sua “saúde”, uma vez que

a *utilidade* da ciência é dada pela sua capacidade de transformar os grandes problemas sociais que o povo vive em questões públicas em favor de mudanças sociais, colaborando para que os cidadãos informados sejam capazes de sair de seus limites individuais para se sentirem parte de uma história à qual sua biografia está estreitamente vinculada. (Mills apud MINAYO, 2010, p.74)

O jornal Valor Econômico publicou em 12 de setembro de 2013 um caderno “Especial Saúde”, onde relata a importância da tecnologia e os avanços tecnológicos adotados, implantados pelos hospitais no país.

Como vantagens para os pacientes, pode-se encontrar relatos de que a tecnologia proporciona: técnicas minimamente invasivas, aumento da precisão e segurança dos procedimentos, redução do índice de mortalidade em cirurgias, possibilidade de prolongar a vida na espera por transplante, além de camas com sistema de comunicação em 24 idiomas e alas VIPs – proporcionam luxo e conforto aos pacientes internados.

No decorrer da leitura, depara-se com uma chamada interessante: “Nada disso tem valor sem recursos humanos”. Ao ler a matéria, foi possível verificar que o profissional autor da frase, diz isso ao se referir a qualificação das pessoas para, em suas palavras, “operar, monitorar e interpretar os recursos dessas máquinas.” (p. F3)

A tecnologia como aliada para agilizar o atendimento – o prontuário eletrônico - sem dúvida é bastante interessante, com a criação de uma rede de acesso entre hospitais, laboratórios, centros de saúde, etc., de forma a disponibilizar informações integrais sobre o paciente, sua saúde e procedimentos já realizados, pois caminham na direção da integralidade no atendimento do paciente. Mencionam a questão da prevenção, mas não explicam de que maneira isso pode ou está sendo efetivado/tratado.

O que se pode perceber é que o foco das discussões, apesar da matéria de capa se intitular “Foco no atendimento”, está relacionado ao nível de tecnologia que é possível ser implementado pelas organizações de saúde, que vai de equipamentos mais sofisticados que podem proporcionar diagnósticos mais precisos, até salas híbridas de cardiologia, a última palavra para o tratamento de doenças cardíacas e coronarianas.

Com o aumento da demanda por planos de saúde, há necessidade de investimentos por parte dos hospitais privados.

As reportagens mostram investimentos, como por exemplo: de R\$ 280.000,00 pelo Hospital Nove de Julho em sete equipamentos de hemodiafiltração, e mais R\$ 10.000.000,00 somente para este ano com atualização do parque tecnológico.

Modernização dos Hospitais Universitários Estaduais¹² é um programa em que “O Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, vai investir um total de 452,8 milhões para obras, reformas, ampliações e compra de equipamentos, de oito hospitais de referência em atendimento de alta complexidade no Estado.”

Pode-se afirmar que todo este contexto está relacionado com o momento atual em que se vive, pelo qual passa o mundo.

Para Bauman, a sociedade atual vive em tempos em que nada é permanente, as coisas acontecem de forma muito rápida, não permitindo a sua solidificação. O mundo hoje é extremamente instável, mutável. As coisas se modificam de maneira muito fácil e rápida. É o que chama de “modernidade líquida”. Para ele essa liquidez é “a incapacidade de reter sua forma por muito tempo e sua propensão a mudar de forma sob a influência de mínimas, fracas e ligeiras pressões é apenas o traço mais óbvio e, (...) também a característica mais consequente de nossa atual condição sociocultural.”¹³

Não se consegue ter, desta maneira, uma perspectiva em longo prazo de nada, nem da própria vida. Da mesma forma, o que o autor caracteriza como “amor líquido”, tem foco nas relações entre as pessoas, “o indivíduo se vê diante de um dilema terrível: de um lado, ele precisa dos outros como o ar que respira, mas, ao mesmo tempo, tem medo de desenvolver relacionamentos mais profundos que o imobilizem em um mundo em permanente movimento (p.323)”.¹⁴

¹² Modernização de Hospitais Universitários. 27fev 2013. Disponível em: http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/salaimprensa/home/imprensa_lenoticia.php?id=226484 . Acesso em 13set2013

¹³ Bauman, em entrevista a Renato Nunes Bittencourt. Revista Filosofia Ciência & Vida. N. 58, 2011 <http://filosofiacienciaevida.uol.com.br/ESFI/Edicoes/58/artigo214649-1.asp>

¹⁴ Pallares-Burke, Maria Lúcia Garcia. Entrevista com Zygmunt Bauman. Tempo Social – USP. vol.16 no.1 São Paulo . Jun 2004. P.301-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v16n1/v16n1a15.pdf>.

As relações interpessoais estão sendo relegadas a segundo plano. “Entre as coisas perdidas estão as habilidades necessárias para estabelecer relações de confiança, as para o que der vier, na saúde ou na tristeza, com outras pessoas. Relações cujos encantos você nunca conhecerá a menos que pratique. O problema é que, quanto mais você busca fugir dos inconvenientes da vida *offline*, maior será a tendência a se desconectar”.¹⁵

A vida da contemporaneidade tem como característica uma relação diferente entre os sujeitos. Pode-se colocar que a tecnologia, por meio de redes sociais e da vida *online*, proporcionou essa relação mais superficial entre as pessoas. O modo de vida das pessoas vem se modificando, há maior necessidade das pessoas se dedicarem a suas carreiras, de prover o sustento da família, deixando a relação, o cuidado, a atenção com o outro em segundo plano. A sociedade de consumo surge como uma maneira de suprir essa falta de relação, ou seja,

oferece provas materiais de preocupação, simpatia, compaixão, bons desejos, amizade, amor. Com isso, o ato de comprar torna-se uma espécie de ato moral (...), as identidades, ou melhor, seus atuais substitutos, podem e de fato são obtidas por meio de um atalho e sustentadas com pouco esforço, exceto talvez por um grande gasto financeiro – por meio da posse de commodities e provas de lealdade a marcas documentadas, por exemplo, pela etiqueta da blusa, das calças, dos sapatos ou de um telefone celular. (...) Em uma vida regulada por mercados consumidores, as pessoas passaram a acreditar que, para cada problema, há uma solução. E que esta solução pode ser comprada na loja. Que a tarefa do doente não é tanto usar sua habilidade para superar a dificuldade, mas para encontrar a loja certa que venda o produto certo que irá superar a dificuldade em seu lugar.”¹³

O mesmo pode ser aplicado a respeito da saúde. Cada vez mais as pessoas buscam suprir suas necessidades por meio de adquirir mais saúde, ou seja, há uma busca por produtos e serviços que possam proporcionar uma maior qualidade de vida e saúde. Há uma corrida desenfreada por “estar sempre melhor”, possibilidade esta que leva as pessoas a um consumo de “saúde” de todas as formas e tipos. O próprio sistema de saúde acaba por propiciar esta visão, na medida em que está, a todo o momento, criando mais necessidades para as pessoas no processo de consumo de saúde. Por vezes pode-se ouvir e assistir

¹⁵ Bauman, em entrevista a Adriana Prado. Revista Isto É Online. 24set2010.
http://www.istoe.com.br/assuntos/entrevista/detalhe/102755_VIVEMOS+TEMPOS+LIQUIDOS+NADA+E+PARA+DURAR

peessoas consagradas publicamente, ofertando produtos que prometem maior saúde, alimentos ditos funcionais que pretendem ser melhor para a saúde ou para reduzir a possibilidade da doença, uma pílula que referem ser “milagrosa” para alguma disfunção, etc.

A internet por sua vez tem facilitado o acesso a essas informações sobre saúde/doença, que coloca o público em um patamar nunca antes imaginado, provocando e/ou possibilitando aumento desse consumo por saúde, que talvez possibilite uma melhor relação com o profissional de saúde. “O que a internet proporciona nesse novo quadro da saúde é uma grande janela de possibilidades, que vai fazer com que ambos, paciente e profissional de saúde, repensem seus papéis até então encenados”. (PESSONI, 2013, p. 140).

Acredita-se que seria possível alcançar melhores resultados nessa relação se houvesse uma aproximação dessas lógicas, em que o processo da informação tem papel relevante, já que as duas partes possuem conhecimentos e ideias que devem ser respeitados, escutados e entendidos. Há necessidade da existência de um diálogo e troca entre profissional e paciente, mas sem perder o caráter técnico; ambas as partes precisam aprender a conviver com esta nova maneira, cada qual em seu campo, mas ambos procurando aproximar suas lógicas. Como coloca ZOBOLI (2007), “a centralidade da saúde e de seu processo de comunicação deixará de se localizar nos profissionais de saúde e na mera transmissão de informações, para focar uma escuta e acolhida às pessoas que acorrem aos (...) cuidados” (dos técnicos) (ZOBOLI, 2007, p.32).

THORNE et al (2004) afirmam que uma comunicação eficaz pode fazer a diferença nas futuras ações do paciente em relação à sua doença e saúde, ou seja, facilitar ou dificultar a promoção da saúde e o bem estar geral. Em seus estudos afirmam que os pacientes relataram que há necessidade de uma comunicação sem barreiras, com cortesia, respeito e compromisso, para que obtenham informações sobre o diagnóstico e tratamento, para que possam ter condições de gerenciar a própria vida. Reportam, ainda, que preferem aqueles profissionais que apresentam compaixão, flexibilidade e interesse em chegar a decisões equilibradas entre metas clínicas e qualidade de vida; para eles esta é a forma efetiva de comunicação em saúde.

TEIXEIRA (2004) por seu turno acredita que o grande problema na relação entre profissionais e pacientes, está no foco, que é diferente para cada um. Enquanto os primeiros têm preocupação com diagnósticos, exames, resultados e tratamento, o segundo grupo busca entender porque aquela doença se manifestou para ele, como ele ficará e o quanto isso irá interferir na sua vida, no seu dia-a-dia familiar e social.

As propostas de solução para a relação/comunicação entre profissionais e pacientes, para o autor, passam por um *upgrade* na formação do técnico, por promover *empowerment* dos pacientes, aumentar sua participação nos serviços de saúde, propiciar mais acesso à internet.

LEFÈVRE e LEFÈVRE (2007) mencionam que a informação, “e só ela, permite, em conformidade com os princípios da Promoção de Saúde, entender e compartilhar as razões, as causas e consequências da doença, como uma estratégia para ir colocando, gradual e irreversivelmente a saúde no seu lugar” (p. 52), mas reforçam que essa informação “precisa ser despida do ranço paternalista e autoritário da educação em saúde, para ser passada no contexto de uma relação comunicativa de tipo dialogal e de troca, sem perder o caráter técnico, inerente à informação especializada” (p. 53).

Desta forma, para se alcançar o estágio em que se consiga uma maior e melhor interação entre “cientistas” e “leigos” deve-se lembrar que “a aprendizagem significativa acontece quando aprender algo novo é importante para o educando. Geralmente, isso ocorre quando a novidade responde a uma das suas indagações e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já era sabido anteriormente, contribuindo para transformar as suas práticas” (FIGUEIREDO et al., 2012, p.324).

É fundamental que os profissionais procurem trabalhar com o paciente, ao invés de para ele, usando o tempo mais para escutar, absorver e valorizar as necessidades cognitivas, sociais e emocionais de seus pacientes. O médico deve valorizar a vida do paciente, e não somente o seu *corpo*. Assim, deve fornecer informações, de boa qualidade, discutir questões referentes ao diagnóstico, tratamento e resultados, respeitando os desejos do paciente em relação à tomada de decisões. Para tal é fundamental que os próprios médicos se mantenham informados e atualizados. (Andrade e Vaitsman apud PESSONI, 2013, p. 142)

O profissional precisa buscar entender o paciente como o outro que tem a necessidade de ser ouvido e ouvir de forma mais focada no senso comum, mas sem perder o caráter técnico, de fundamental importância, com o objetivo de que este outro passe a ter condições de exercer a sua autonomia no que tange a sua saúde e doença, com decisões baseadas em aspectos claros e objetivos.

O que se pode perceber em suma é a necessidade de se encontrar um equilíbrio nessa relação (profissional de saúde e paciente / cientistas e leigos), mas cada um dentro da sua própria esfera de conhecimento e atuação, de forma a combinar as necessidades e informações a respeito da saúde e da doença, para obter um maior alcance de resultados positivos aos dois grupos. Assim, o profissional não deixará de ser um especialista em sua área, mesmo porque as pessoas o vêm desta forma e acreditam nele enquanto pessoa (profissional) competente nesse processo, e o paciente a parte autônoma e consciente de suas escolhas, que vivencia a saúde e a doença em seu corpo cotidianamente. Mas sem dúvida esse profissional se tornará a partir dessa nova forma de relação com o paciente, mais um orientador ou facilitador do que propriamente a autoridade final.

O paciente precisa passar a ser visto não como alguém passivo, que aceita as orientações verticais, pois esta não é mais a realidade absoluta da atualidade. As pessoas, de maneira geral, buscam outras formas de conhecimento, se relacionam com outros e com a sociedade passando a ter informações que as coloquem em um nível diferente, que proporcione algum tipo de reflexão e questionamentos que antes não eram feitos. O profissional da saúde, independente de sua formação ou especialidade, já passa por este processo em que seu paciente indaga a respeito de questões que às vezes ele não consegue ou que não está preparado para responder.

Esta é uma nova forma de relação e tem a necessidade de ser tratada de forma cuidadosa, deverá ser aprendida pelas duas partes. Será importante que se encontre um ajustamento o mais breve possível no sentido de se adequar as necessidades e realidades, da saúde, das pessoas, dos profissionais, das instituições, estreitando as relações, proporcionando credibilidade e respeito mútuos.

1.6 REPRESENTAÇÃO SOCIAL

A sociologia “explica” que o ser humano se comporta de acordo com o que a sociedade, de maneira geral, acredita e impõe como a melhor maneira de ser, de pensar e de agir, proporcionando para essas pessoas condições de fazer parte dela.

O ser humano tem a necessidade de fazer parte, de existir socialmente. Desta forma, precisa ser “socializado”, o que significa que ele deve, para se tornar humano, interiorizar a cultura (normas, valores) de uma coletividade. Esta cultura passa a fazer parte do seu próprio ser e ele passa a agir de acordo com ela e, a partir daí, também a se reproduzir.

LE BRETON (2012) mostra que essa representatividade acontece por meio do corpo de cada pessoa, na medida em que “o corpo funciona (...), nas sociedades tradicionais (...), (como) a conexão da energia comunitária. Pelo seu corpo, o ser humano está em comunicação com os diferentes campos simbólicos que dão sentido à existência coletiva”. (LE BRETON, 2012, p.37).

Para ele “o homem, bem em carne (no sentido simbólico), é um campo de força em poder de ação sobre o mundo, e sempre a ponto de ser influenciado por ele.” (LE BRETON, 2012, p.50)

O conceito de *habitus* proposto por Bordieu (...) mostra (...) que o homem é um ser social, que os comportamentos que lhe parecem mais naturais, como que inatos, são, na verdade, apenas o produto de múltiplas aquisições sociais: a personalidade individual é apenas uma variante de uma personalidade social constituída na e pela filiação a uma classe social. (...) Permite compreender a lógica das práticas individuais e coletivas, aquele sentido do jogo social, que nos permite agir em diferentes campos. (...) Explica os mecanismos da reprodução social: por “interiorização da exterioridade e pela exteriorização da interioridade”, ele dá aos indivíduos a impressão de “estarem em seu lugar”. (BONNEWITZ, 2003, p.91).

O tema Representação foi introduzido por Durkheim por meio da expressão *Representações Coletivas*. Desenvolvido por outros autores ligados à Psicologia Social Francesa, o conceito se refere atualmente à maneira como a sociedade, por meio dos atores sociais que a compõe, pensa, sente e age.

As representações são “o conjunto das opiniões comuns, crenças estabelecidas, ideias preconcebidas, o que é óbvio e não é discutido, (...) (que) se impõe no conjunto de um grupo social ou no conjunto da sociedade”. (BONNEWITZ, 2003, p. 100).

“A sociedade (toda sociedade) é constituída por um plano simbólico que pode ser configurado como um sistema de crenças ou Representações Sociais (RS) compartilhadas que permitem a comunicação ou a troca de sentidos entre seus membros, conferindo-lhe coesão” (Jodelet apud LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2010, p. 21).

CABECINHAS (2004) menciona que as “representações estruturam-se de acordo com as estratégias grupais, (...) (e que elas) servem e justificam os comportamentos grupais” (CABECINHAS, 2004, p. 132).

A representação social, para HERZLICH (2005), é

um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas (...). (Pode) funcionar como atributo de um grupo: ou seja, grupos sociais podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se através dela (p. 59).

Para MINAYO (2010) as

Representações Sociais manifestam-se em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam. É fruto da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia, (...) com o senso comum, os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimento (p. 236-7).

Essas representações podem ser alteradas de acordo com interesses e relações dos grupos, e ser

influenciadas pelos atributos ou lugares de onde seus sujeitos portadores falam: nacionalidade, gênero, religião/crença, idade, condição social (lugar que ocupa na estrutura produtiva), nível de instrução, estrutura psíquica, traços de personalidade, profissão/ocupação, estrutura física (...), história de vida e assim sucessivamente (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2010, p. 22).

O que significa que as sociedades existem, pois interagem, compartilham, trocam informações e conhecimentos sobre todos os aspectos da cotidianidade.

A partir da fala individual dos entrevistados, é possível conhecer um pouco determinada comunidade, haja vista que estes sujeitos, participantes deste meio, reproduzem aquilo que é comum, aquilo que foi “construído”, determinado por essas pessoas.

Assim, as representações sociais podem indicar o que pensa um grupo ou uma comunidade a respeito de determinado assunto, em um dado momento, na medida em que compartilham dessa representação, agindo a partir dela. Ou seja, os indivíduos são utilizados como veículos no processo de reconstrução destas representações enquanto fatos sociais. (LEFEVRE e LEFEVRE, 2014).

Portanto, para o presente trabalho, por meio das Representações Sociais, poderão ser melhor entendidos os aspectos que estão envolvidos, com os sentimentos e motivos de ação ou não ação, do público alvo em questão.

O material empírico do presente trabalho vai consistir basicamente da reconstrução descritiva e analítica das Representações Sociais de especialistas e leigos sobre questões que envolvem a comunicação entre estes atores sociais diferentes e desigualmente colocados em relação à saúde e a doença tal como é percebida e praticada na sociedade brasileira atual, por meio do estudo de uma determinada unidade básica de saúde.

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo buscar a representação social existente:

1) entre os profissionais de uma unidade de saúde e

2) entre a população usuária da mesma unidade de saúde,

para compreender como cada uma das partes percebe a relação entre eles, e de que maneira essa relação se conforma.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 INTRODUÇÃO

A pesquisa social em saúde abarca “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.” A atividade de pesquisar possibilita uma aproximação da realidade, e a pesquisa social proporciona uma investigação do “ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica, (que) estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente concatenadas” (MINAYO, 2010, p. 47).

A mesma autora se refere ao método qualitativo como aquilo “que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010, p. 57).

LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), afirmam que

quando se quer conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um dado tema, é preciso realizar (...) uma pesquisa qualitativa já que, para serem acessados, os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana, (o que só se consegue por meio de) pesquisas qualitativas (...) capazes de recuperar e resgatar os pensamentos contidos nessa consciência (p. 9).

Segundo os autores, as pesquisas que envolvam opiniões coletivas, por apresentar duas dimensões a serem preservadas - qualitativa e quantitativa – devem ser quali quantitativas. Para eles

como se trata (...) de gerar opiniões *coletivas*, é preciso que tais opiniões tenham, na dimensão coletiva, sua substância qualitativa (...) preservada. (...) como se trata de opiniões de indivíduos que

vivem em coletividades, sociedades ou grupos, recuperar devidamente, na dimensão coletiva, os atributos, psicossociais das opiniões, o que requer, obrigatoriamente, que o pesquisador obedeça a um rigoroso planejamento com vistas a recuperar os principais atributos constitutivos da sociedade pesquisada. (...) (Sendo necessário que) o pesquisador faça uma escolha sistemática de base quantitativa, dos indivíduos a serem pesquisados (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2010, p. 15).

O desenvolvimento do presente trabalho foi feito primeiramente por meio de levantamento bibliográfico, após o que foi elaborado o instrumento – questionário de pesquisa e realizada a coleta de dados, por meio de uma pesquisa qualiquantitativa junto aos diversos profissionais e usuários da unidade de saúde, a fim de se conhecer o que cada grupo pensa a respeito da relação profissional-paciente e como ela se conforma, de tal maneira a possibilitar apresentar a essência qualitativa – pensamento social, e o aspecto quantitativo - para “apresentar uma determinada distribuição no tecido social” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2014, p. 27). Foi, então, realizada a análise dos dados a luz do referencial teórico, para enfim construir a discussão e considerações finais.

3.2 SUJEITOS DE PESQUISA

Para a presente pesquisa foram convidados a participar todos os funcionários (das diversas funções existentes) que trabalham na unidade básica de saúde.

Os usuários (pacientes) dessa mesma unidade também foram convidados a responder o mesmo questionário, ou seja, esta parte da amostra foi composta por aqueles indivíduos que estavam fazendo uso dos serviços da unidade, em consulta, atendimento, exame, etc, nos dias em que a pesquisadora esteve presente para este fim.

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Jardim Paranapanema do Distrito de Saúde Sul, do município de Campinas, Estado de São Paulo.

3.3 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Para coleta, tabulação e análise dos dados da pesquisa foi utilizada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que se propõe, conforme LEFREÈVRE e LEFÈVRE (2003), a

dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados (p. 11).

Segundo os autores, o DSC tem a proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, ou seja, torna possível a soma das informações, que neste caso são os pensamentos de determinado grupo, resultando em um discurso representativo do que pensa aquele grupo (pensamento social). Ou seja, ainda que os discursos sejam individuais, apresentam um sentido semelhante, e a soma dos semelhantes acabam se apresentando como discurso coletivo.

O que se pretende com uma pesquisa com base no método do DSC é a preservação da “natureza discursiva e social do pensamento coletivo” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2014, p. 14). Apresentar as diferentes opiniões que possam existir a respeito do assunto de pesquisa, da comunidade em questão.

Uma pesquisa que se utiliza desta metodologia é baseada em um roteiro de entrevista que busque atingir os objetivos, com questões abertas, que favoreçam a produção de discursos, isto é, que permitam às pessoas expressarem um pensamento, levando em conta o sujeito-alvo, e cuja análise se dará por meio do levantamento das ideias centrais semelhantes existentes nos discursos individuais, que comporão os discursos-sínteses (DSCs).

A montagem dos discursos coletivos é feita a partir dos discursos individuais, de acordo com parâmetros pré-estabelecidos – as figuras metodológicas, que são expressões chaves (ECH), ideias centrais (IC), ancoragem (AC) e discurso do sujeito coletivo (DSC), e redigidos na primeira pessoa do singular, “para mostrar que as

Representações Sociais que ele busca expressar são, *ao mesmo tempo*, expressões dos indivíduos e das coletividades.” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2014, p.51)

Segundo os autores,

- Ideia Central - é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido presente:
 - nas expressões chave selecionadas de cada uma das respostas.
 - em cada conjunto semanticamente homogêneo de expressões chaves de respostas de indivíduos diferentes.
- Expressões chaves - pedaços ou trechos de entrevistas, que são transcrições literais dos depoimentos, que revelam a essência do conteúdo das representações ou das teorias subjacentes a estas que estão presentes nestes depoimentos.
- Ancoragem - manifestação linguística de uma dada teoria, ideologia, ou crença que o autor do discurso professa. É uma afirmação genérica do enunciador do discurso para “enquadrar” uma situação específica. A ancoragem deve ser sempre redigida no positivo.
- DSC - discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões chaves que tem a mesma ideia central ou a mesma ancoragem. (LEFEVRE e LEFEVRE, 2014, p.43-5)

Para o presente projeto, o questionário utilizado foi construído a partir do objeto do trabalho – conhecer o que pensam os profissionais e os pacientes de uma unidade básica de saúde a respeito da relação existente entre os mesmos. Apesar dos sujeitos de pesquisa fazerem parte de grupos distintos, utilizou-se o mesmo instrumento de coleta de dados, cuidando-se para que as perguntas (os casos) fossem elaboradas em uma linguagem acessível ao público alvo. O pré-teste foi feito conforme mencionado no item 3.4.

Após a coleta cada depoimento foi analisado individualmente a fim de se identificar as expressões chaves das ideias centrais, como exemplificado a seguir.

No primeiro caso pretendia-se conhecer o que pensam a respeito da situação em que a senhora idosa que decide por conta própria tomar metade do medicamento para hipertensão arterial recomendado pelo médico, pois a fazia urinar muito e o banheiro de sua residência ficava no andar de cima, fazendo com que

tivesse que subir escada com frequência. As respostas de oito participantes da pesquisa, profissionais da unidade de saúde, estão transcritas abaixo:

67. Eu acho que é um comportamento que faz sentido no caso dela, até um certo sentido adequado. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento e se ele disse que seria imprescindível, então como eu posso resolver o problema da falta de banheiro, ou construindo um banheiro ou usando um penico, comadre. eu usaria esse tipo de argumento.

68. O médico poderia mudar a medicação. Se é difícil para ela, coitada, mudar a medicação. Às vezes não tem condição de ficar no andar de cima ou de fazer outro banheiro.

73. Eu acho que ela está certa, ela tentou ver se tomando metade ela não fazia xixi. Mas por outro lado ela devia conversar com o médico e ver se tinha outra saída. Na consulta eu abordo questões de incontinência urinária, elas tomam medicação diurética, eu falo pra conversar com o cardio ou o clínico pra ver se existe a possibilidade de troca de medicação. Porque na verdade elas têm vergonha de falar isso, que estão perdendo xixi.

75. Eu acho que tá errado né, ela não pode tomar meio comprimido, acho que ela deveria conversar com o médico pra ver o que seria possível fazer.

78. Acredito que este comportamento ou decisão dela é inadequado e ineficaz, portando deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução.

79. Como um comportamento normal, devido a idade alguns pacientes realmente apresentam grande dificuldade de locomoção, porém ela deveria ter comunicado ao médico antes para esse poder adequar a dose sem trazer risco ao paciente

82. É um comportamento muito mal, porque ela não pode transgredir o tratamento feito pelo médico, mas o lógico era ela falar com o médico e buscar outra alternativa de tratamento, ou quando o médico faz a visita domiciliar, buscar uma possibilidade de melhorar a situação de sua casa, para ela seguir o tratamento corretamente. Porque descompensa, o tratamento não está fazendo corretamente, isso é abandono do tratamento.

88. É um fato possível de acontecer, principalmente porque lidamos na UBS com diferentes públicos, temos desde paciente mais abastados e excelente grau de instrução até pacientes economicamente menos favorecidos e com baixa escolaridade. No caso dessa senhora, ela parece

ter dois dificultadores para uma boa adesão ao tratamento: 1. O problema real (doença x efeito colateral da medicação x idade paciente) dificuldade de locomoção x espaço físico pouco adequado; 2. Ignorância em relação ao tratamento (parece haver uma percepção que ela vai minimizar o problema tomando somente meio comprimido, ou seja, ela vai urinar menos e ao mesmo tempo não deixará de tratar a doença. Quando o correto deveria ser ela relatar esse fato a equipe médica para que os profissionais buscassem alternativas de tratamento que não provocassem tal efeito colateral).

Para cada resposta são grifadas as expressões chaves identificadas, onde se pode verificar os segmentos que efetivamente respondam à questão formulada, como segue:

67. Eu acho que é um comportamento que faz sentido no caso dela, até um certo sentido adequado. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento e se ele disse que seria imprescindível, então como eu posso resolver o problema da falta de banheiro, ou construindo um banheiro ou usando um penico, comadre. eu usaria esse tipo de argumento.

68. O médico poderia mudar a medicação. Se é difícil para ela, coitada, mudar a medicação. Às vezes não tem condição de ficar no andar de cima ou de fazer outro banheiro.

73. Eu acho que ela está certa, ela tentou ver se tomando metade ela não fazia xixi. Mas por outro lado ela devia conversar com o médico e ver se tinha outra saída. Na consulta eu abordo questões de incontinência urinária, elas tomam medicação diurética, eu falo pra conversar com o cardio ou o clínico pra ver se existe a possibilidade de troca de medicação. Porque na verdade elas têm vergonha de falar isso, que estão perdendo xixi.

75. Eu acho que tá errado né, ela não pode tomar meio comprimido, acho que ela deveria conversar com o médico pra ver o que seria possível fazer.

78. Acredito que este comportamento ou decisão dela é inadequado e ineficaz, portando deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução.

79. Como um comportamento normal, devido a idade alguns pacientes realmente apresentam grande dificuldade de locomoção, porém ela deveria ter comunicado ao médico antes para esse poder adequar a dose sem trazer risco ao paciente

82. É um comportamento muito mal, porque ela não pode transgredir o tratamento feito pelo médico, mas o lógico era ela falar com o médico e buscar outra alternativa de tratamento, ou quando o médico faz a visita domiciliar, buscar uma possibilidade de melhorar a situação de sua casa, para ela seguir o tratamento corretamente. Porque descompensa, o tratamento não está fazendo corretamente, isso é abandono do tratamento.

88. É um fato possível de acontecer, principalmente porque lidamos na UBS com diferentes públicos, temos desde paciente mais abastados e excelente grau de instrução até pacientes economicamente menos favorecidos e com baixa escolaridade. No caso dessa senhora, ela parece ter dois dificultadores para uma boa adesão ao tratamento: 1. O problema real (doença x efeito colateral da medicação x idade paciente) (dificuldade de locomoção) x espaço físico pouco adequado; 2. Ignorância em relação ao tratamento (parece haver uma percepção que ela vai minimizar o problema tomando somente meio comprimido, ou seja, ela vai urinar menos e ao mesmo tempo não deixará de tratar a doença. Quando o correto deveria ser ela relatar esse fato a equipe médica para que os profissionais buscassem alternativas de tratamento que não provocassem tal efeito colateral).

Após, identificam-se as ideias centrais, qual o sentido da resposta do participante. Partindo dos exemplos grifados anteriormente, identifica-se a ideia central para cada expressão chave.

Expressão chave

67. Eu acho que é um comportamento que faz sentido no caso dela, até um certo sentido adequado. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento e se ele disse que seria imprescindível, então como eu posso resolver o problema da falta de banheiro, ou construindo um banheiro ou usando um penico, comadre.

Ideia central

67. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento

Expressão chave

68. O médico poderia mudar a medicação. Se é difícil para ela, coitada, mudar a medicação. Às vezes não tem condição de ficar no andar de cima ou de fazer outro banheiro.

Ideia central

68. O médico poderia mudar a medicação.

Expressão chave

73. Eu acho que ela está certa, ela tentou ver se tomando metade ela não fazia xixi. Mas por outro lado ela devia conversar com o médico e ver se tinha outra saída. Na consulta eu abordo questões de incontinência urinária, elas tomam medicação diurética, eu falo pra conversar com o cardio ou o clínico pra ver se existe a possibilidade de troca de medicação. Porque na verdade elas têm vergonha de falar isso, que estão perdendo xixi.

Ideia central

73. 1ª ideia - Eu acho que ela está certa, ela tentou ver se tomando metade ela não fazia xixi

73. 2ª ideia - ela devia conversar com o médico e ver se tinha outra saída.

Expressão chave

75. Eu acho que tá errado né, ela não pode tomar meio comprimido, acho que ela deveria conversar com o médico pra ver o que seria possível fazer.

Ideia central

75. acho que ela deveria conversar com o médico pra ver o que seria possível fazer

Expressão chave

78. Acredito que este comportamento ou decisão dela é inadequado e ineficaz, portando deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução.

Ideia central

78. deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução

Expressão chave

79. Como um comportamento normal, devido a idade alguns pacientes realmente apresentam grande dificuldade de locomoção, porém ela deveria ter comunicado ao médico antes para esse poder adequar a dose sem trazer risco ao paciente

Ideia central

79. ela deveria ter comunicado ao médico antes para esse poder adequar a dose

Expressão chave

82. É um comportamento muito mal, porque ela não pode transgredir o tratamento feito pelo médico, mas o lógico era ela falar com o médico e buscar outra alternativa de tratamento, ou quando o médico faz a visita domiciliar, buscar uma possibilidade de melhorar a situação de sua casa, para ela seguir o tratamento corretamente. Porque descompensa, o tratamento não está fazendo corretamente, isso é abandono do tratamento.

Ideia central

82. 1ª ideia - mas o lógico era ela falar com o médico e buscar outra alternativa de tratamento

82. 2ª ideia - buscar uma possibilidade de melhorar a situação de sua casa, para ela seguir o tratamento corretamente

Expressão chave

88. É um fato possível de acontecer, principalmente porque lidamos na UBS com diferentes públicos, temos desde paciente mais abastados e excelente grau de instrução até pacientes economicamente menos favorecidos e com baixa escolaridade. No caso dessa senhora, ela parece ter dois dificultadores para uma boa adesão ao tratamento: 1. O problema real (doença x efeito colateral da medicação x idade paciente) (dificuldade de locomoção) x espaço físico pouco adequado; 2. Ignorância em relação ao tratamento (parece haver uma percepção que ela vai minimizar o problema tomando somente meio comprimido, ou seja, ela vai urinar menos e ao mesmo tempo não deixará de tratar a doença. Quando o correto deveria ser ela relatar esse fato a equipe médica para que os profissionais buscassem alternativas de tratamento que não provocassem tal efeito colateral).

Ideia central

88. 1ª ideia - É um fato possível de acontecer, principalmente porque lidamos na UBS com diferentes públicos, temos desde paciente mais abastados e excelente grau de instrução até pacientes economicamente menos favorecidos e com baixa escolaridade

88. 2ª ideia - O problema real (doença x efeito colateral da medicação x idade paciente) (dificuldade de locomoção) x espaço físico pouco adequado

88. 3ª ideia - o correto deveria ser ela relatar esse fato a equipe médica para que os profissionais buscassem alternativas de tratamento que não provocassem tal efeito colateral.

A seguir, é feito o agrupamento das ideias centrais com o mesmo sentido ou equivalente. A partir do exemplo acima, as respostas com as ideias centrais de mesmo sentido foram agrupadas como segue:

Primeiro grupo

67. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento

68. O médico poderia mudar a medicação.

73. 2ª ideia - ela devia conversar com o médico e ver se tinha outra saída.

75. acho que ela deveria conversar com o médico pra ver o que seria possível fazer

78. deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução

79. ela deveria ter comunicado ao médico antes para esse poder adequar a dose

82. 1ª ideia - mas o lógico era ela falar com o médico e buscar outra alternativa de tratamento

88. 3ª ideia - o correto deveria ser ela relatar esse fato a equipe médica para que os profissionais buscassem alternativas de tratamento que não provocassem tal efeito colateral.

Segundo grupo

73. 1ª ideia - Eu acho que ela está certa, ela tentou ver se tomando metade ela não fazia xixi

Terceiro grupo

82. 2ª ideia - buscar uma possibilidade de melhorar a situação de sua casa, para ela seguir o tratamento corretamente

Quarto grupo

88. 1ª ideia - É um fato possível de acontecer, principalmente porque lidamos na UBS com diferentes públicos, temos desde paciente mais abastados e excelente grau de instrução até pacientes economicamente menos favorecidos e com baixa escolaridade

Quinto grupo

88. 2ª ideia - O problema real (doença x efeito colateral da medicação x idade paciente) (dificuldade de locomoção) x espaço físico pouco adequado

A seguir é feita a categorização, atribuindo-se um nome representativo daquela ideia, identificado por uma letra.

Para o primeiro grupo utilizou-se a letra “A” e o nome atribuído à categoria foi “Consultar o médico / trocar o medicamento”; para o segundo grupo ficou definido como “E – Melhor tomar meio / Metade fica mais fácil para engolir / comportamento certo”; para o terceiro grupo “C – Mudar estrutura da casa / Pedir ajuda / Adaptação”; para o quarto grupo “H – Não entendimento / falta de condições sociais, econômicas, culturais / resistência”; e por fim para o quinto grupo “G – Relação”.¹⁶

A construção do DSC é feita utilizando-se as expressões chaves agrupadas pelas ideias centrais e devidamente categorizadas.

Sendo assim, para o primeiro grupo, as expressões chaves das respostas que foram categorizadas como “A - Consultar o médico / trocar o medicamento”, transcritas a seguir:

67. Eu acho que é um comportamento que faz sentido no caso dela, até um certo sentido adequado. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento e se ele disse que seria imprescindível, então como eu posso resolver o problema da falta de banheiro, ou construindo um banheiro ou usando um penico, comadre.

68. O médico poderia mudar a medicação. Se é difícil para ela, coitada, mudar a medicação. Às vezes não tem condição de ficar no andar de cima ou de fazer outro banheiro.

¹⁶ A identificação das categorias por meio das letras costuma ser sequencial – A, B, C, e assim por diante, porém, para o exemplo, foram mantidas as letras utilizadas na construção do DSC da presente pesquisa.

73. Eu acho que ela está certa, ela tentou ver se tomando metade ela não fazia xixi. Mas por outro lado ela devia conversar com o médico e ver se tinha outra saída.

75. Eu acho que tá errado né, ela não pode tomar meio comprimido, acho que ela deveria conversar com o médico pra ver o que seria possível fazer.

78. Acredito que este comportamento ou decisão dela é inadequado e ineficaz, portando deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução.

79. Como um comportamento normal, devido a idade alguns pacientes realmente apresentam grande dificuldade de locomoção, porém ela deveria ter comunicado ao médico antes para esse poder adequar a dose sem trazer risco ao paciente

82. É um comportamento muito mal, porque ela não pode transgredir o tratamento feito pelo médico, mas o lógico era ela falar com o médico e buscar outra alternativa de tratamento

88. o correto deveria ser ela relatar esse fato a equipe médica para que os profissionais buscassem alternativas de tratamento que não provocassem tal efeito colateral.

As expressões chaves são utilizadas para construir um texto representativo das ideias desse grupo, redigido na primeira pessoa.

A seguir o discurso dos profissionais de saúde, da categoria “A - Consultar o médico / trocar o medicamento”:

Acredito que é um comportamento que faz sentido no caso dela, até um certo sentido adequado, pois devido a idade alguns pacientes realmente apresentam grande dificuldade de locomoção, às vezes não tem condição de ficar no andar de cima. Mas também este comportamento ou decisão dela é inadequado e ineficaz, ela não pode transgredir o tratamento feito pelo médico. Ela parece ter dificultadores para uma boa adesão ao tratamento - ignorância em relação ao tratamento - parece haver uma percepção que ela vai minimizar o problema tomando somente meio comprimido, ou seja, ela vai urinar menos e ao mesmo tempo não deixará de tratar a doença. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento. Portando deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução, pra ver o que seria possível fazer, buscar outra

alternativa de tratamento. O paciente não deve tomar essa decisão sem consultar o médico, mas acontece frequentemente.

As respostas às quatro perguntas abertas (casos) do instrumento de pesquisa do presente trabalho (que serviram para a montagem dos discursos coletivos conforme apresentado no item 4.2), foram processadas como o exemplo apresentado anteriormente, identificando-se as ECH e IC, que foram agrupadas e categorizadas, para posteriormente ser montado o respectivo discurso coletivo. Vale ressaltar que, como a pesquisa foi feita com dois grupos distintos, as respostas foram tratadas separadamente, apresentando-se, nos resultados, discursos agrupados como i) Pacientes e ii) Profissionais, da unidade básica de saúde.

Para a tabulação e análise dos dados utilizou-se o QualiQuantisoft, software desenvolvido especificamente para auxiliar no processamento dos discursos coletados na pesquisa, baseado na técnica do DSC.

3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para o presente trabalho o instrumento de pesquisa elaborado foi um questionário contendo questões fechadas e abertas, sendo as abertas no formato de pequenos “casos” envolvendo a relação entre o profissional de saúde e o paciente, de maneira que os participantes da pesquisa pudessem relatar como percebem essa relação.

A decisão pela utilização de pequenos casos baseou-se em experiências anteriores com a metodologia, que mostraram que a descrição de situações facilita a compreensão por parte dos sujeitos pesquisados, aumentando a probabilidade de respostas mais produtivas.

Foi realizado o pré-teste para validação do instrumento, com a própria população da unidade – funcionários e usuários do serviço de saúde, totalizando quatro participantes, tendo ocorrido em janeiro de 2014. Posteriormente utilizou-se o QualiQuantisoft para analisá-lo, a partir do que foram feitos os ajustes finais no

instrumento, como o acréscimo, nas instruções para participar da pesquisa, para que o entrevistado evitasse nas questões abertas respostas muito curtas, procurando justificá-las sempre que possível. Desta forma, pode-se testar não só o instrumento, mas também o software e a técnica.

O referido instrumento pode ser visto na íntegra no Anexo 1.

O instrumento foi utilizado para coleta de dados que ocorreu de duas maneiras:

- por meio do QLQT online, software que permite fazer a pesquisa pela internet, com os profissionais, funcionários da unidade
- por meio de entrevista gravada, com os pacientes da unidade de saúde.

Para as duas formas de coleta de dados o mesmo questionário foi utilizado, bem como a aceitação a responder a pesquisa foi de livre opção de cada possível participante.

O questionário, composto por questões fechadas e abertas, apresentou-se como segue:

- 1ª parte - termo de consentimento livre e esclarecido, para aceitação do indivíduo em participar da pesquisa (primeira questão);
- 2ª parte - composta por cinco questões (numeradas de 2 a 6) para a identificação do perfil dos participantes: nome, sexo, idade, escolaridade, profissão. Para os profissionais da unidade de saúde foram acrescentadas questões para coletar informações a respeito de sua especialidade, carga horária e tempo de serviço na unidade (numeradas de 7a a 7c). Para os pacientes usuários do serviço de saúde, foram adicionadas questões que proporcionassem conhecer quais, dentre os serviços oferecidos, eram utilizados, a especialidade dos profissionais consultados e a respeito de participação em atividades de prevenção oferecidos pela unidade (numeradas de 8a a 8c);
- 3ª parte - composta por quatro casos (questões abertas, sem limitação de espaço), para que os respondentes pudessem expor sua percepção a respeito do objeto da presente pesquisa (numeradas de 9 a 12), possibilitando a construção de discursos.

3.5 A COLETA DE DADOS

A entrevista com os pacientes foi feita no local (Centro de Saúde Paranapanema, em Campinas, SP), pessoalmente pela pesquisadora, que abordou os presentes que buscavam pelo serviço nos dias estipulados, que aceitaram respondê-la livremente, sendo realizada no período entre fevereiro e abril de 2014.

O convite aos profissionais que trabalham na referida unidade de saúde, que pode ser visto no Anexo 2, foi feito diretamente ao endereço eletrônico individual, fornecido pela coordenação do serviço de saúde, juntamente com as informações necessárias para que pudessem acessar a pesquisa e respondê-la, com um *link* para o site do QLQT online, bem como com indicações de como acessá-lo. Esse passo a passo pode ser visto no Anexo 3.

Fez-se necessária a alteração do procedimento para esta etapa da pesquisa em decorrência da dificuldade de acesso à internet, pelos funcionários, uma vez que na unidade o site do QLQT era bloqueado automaticamente e com a epidemia de dengue que se apresentou no município, causando uma sobrecarga ao serviço de saúde, que já conta com número insuficiente de profissionais para a rotina diária (como comentado pela coordenação do centro de saúde), dificultando a participação dos funcionários. Após negociações, optou-se por uma abordagem individual e feita de forma pessoal com os funcionários da unidade, explicando a respeito da pesquisa e proporcionando acesso *online* para que pudessem, caso aceitassem, participar da pesquisa. Desta forma, foi ofertado, pela coordenação do centro de saúde, um dia por semana para a efetivação dessa parte da pesquisa, que ocorreu no período de julho a agosto de 2014.

3.6 AS MACRO CATEGORIAS

As macro categorias foram definidas a partir da análise das categorias dos discursos coletivos dos sujeitos pesquisados – profissionais e pacientes usuários do Centro de Saúde Paranapanema.

Foi feita uma análise dos discursos coletivos e das categorias definidas, buscando por conceitos comuns existentes em cada uma dessas categorias, a partir do que se pode verificar a ocorrência de grandes categorias que abarcavam as categorias dos DSCs. Ou seja, em várias categorias era possível identificar a incidência de uma mesma grande ideia, como por exemplo, a questão do conhecimento técnico profissional e o desconhecimento dos usuários dos serviços.

Sendo assim, a pesquisadora iniciou um trabalho de identificar essas ideias comuns que apareciam nas categorias, o que resultou em quatro macro categorias.

A cada uma dessas quatro macro categorias foram associadas categorias dos discursos coletivos montados.

Para esta etapa do presente trabalho utilizou-se o DSC Soft, software baseado na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo desenvolvido para auxiliar no processamento dos discursos e, neste caso específico, para auxiliar na construção das macro categorias.

A partir dos discursos de cada uma das categorias foi montado um discurso representativo de cada macro categoria.

4 RESULTADOS

A partir dos dados coletados com os pacientes e profissionais da unidade de saúde, passou-se à análise de cada depoimento individualmente, para que fossem identificadas as expressões chaves (segmentos que respondam as questões feitas) e as ideias centrais (o sentido presente na resposta do entrevistado).

A partir desse processo, as ideias centrais com sentidos iguais ou equivalentes, foram identificadas e agrupadas, sendo feita a categorização (atribuiu-se um nome que melhor representava cada um dos grupos), identificando-as por letras (A, B, C, etc.).

Para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo foram utilizadas as expressões chaves de cada resposta, devidamente agrupadas de acordo com as ideias centrais e categorizadas, montando-se os respectivos discursos.

Para a primeira análise do presente trabalho, os DSCs foram montados separadamente – para pacientes e para profissionais.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Foram feitas entrevistas com 60 pacientes do serviço de saúde, que aceitaram livremente participar da pesquisa, no período de fevereiro a abril de 2014.

Não foi possível definir o número de pessoas que buscam os serviços do Centro de Saúde Paranapanema em função de não possuir acesso por meio do portal da SMS de Campinas, e também de não haver recebido informações na Unidade de Saúde.

No que diz respeito aos profissionais, foram entrevistados 30 funcionários do serviço de saúde, que aceitaram livremente participar da pesquisa, que ocorreu no período de julho a agosto de 2014.

A amostra desses respondentes totalizou 64%, considerando-se o quadro de profissionais em exercício na unidade, que corresponde a 47 pessoas¹⁷.

Cabe ressaltar que do quadro funcional da unidade, participaram da pesquisa: 70% dos Agentes Comunitários de Saúde, 75% dos Auxiliares de Enfermagem, 54% dos Médicos, 33% dos Dentistas, e 100% de Coordenador, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Técnicos de Farmácia. O presente trabalho não contou com a participação dos seguintes profissionais do quadro da unidade: Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Auxiliar em Saúde Bucal, que correspondem a quatro pessoas, 9% do total de funcionários, apesar de terem sido convidados.

Apresenta-se, a seguir, o perfil de cada grupo de entrevistados, segundo idade, sexo e escolaridade, para ambos; função, especialidade médica, carga horária e tempo de exercício na unidade, para os profissionais; e serviços utilizados pelos pacientes.

As tabelas e gráficos foram elaborados com o auxílio do SPSS Statistics, software para tratamento estatístico de dados, a partir das informações obtidas na pesquisa feita com usuários e profissionais de saúde do Centro de Saúde Paranapanema.

Para melhor ilustrar os dados a serem apresentados, as tabelas e os gráficos foram dispostos lado a lado, podendo-se verificar à esquerda o perfil dos profissionais e à direita dos pacientes, para aqueles que contemplam os dados dos dois grupos. Nos casos em que há informações de apenas um dos grupos, as tabelas e os respectivos gráficos encontram-se lado a lado.

As tabelas apresentam informações sobre a frequência e percentual, enquanto que os gráficos foram elaborados com as informações percentuais.

As tabelas 6 e 7 e os gráficos 1 e 2 mostram a faixa etária dos respondentes profissionais e pacientes, respectivamente.

Observa-se, a partir dessas tabelas e gráficos, que mais da metade dos profissionais respondentes da pesquisa têm entre 31 e 50 anos de idade, ao passo que entre os pacientes respondentes, a maioria, correspondente a quarenta e cinco por cento, tem idade entre 18 e 30 anos.

¹⁷ Conforme Tabela 4 apresentada no item 1.1 do presente trabalho

Tabela 6 - Distribuição segundo faixa etária dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18 a 30	6	20,0	20,0	20,0
31 a 50	16	53,3	53,3	73,3
51 a 65	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS.

Gráfico 1 - Distribuição segundo faixa etária dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS.

Tabela 7 - Distribuição segundo faixa etária dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18 a 30	27	45,0	45,0	45,0
31 a 50	17	28,3	28,3	73,3
51 a 65	11	18,3	18,3	91,7
+ 65	5	8,3	8,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Gráfico 2 - Distribuição segundo faixa etária dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014

As tabelas 8 e 9 e os gráficos 3 e 4 apresentam a divisão quanto ao sexo, enquanto que nas tabelas 10 e 11 e gráficos 5 e 6 é possível verificar o perfil no que diz respeito à escolaridade dos respondentes profissionais e pacientes, respectivamente.

Pode-se observar que os respondentes são, em maioria, do sexo feminino, apresentando mais de 80% para os dois grupos.

Dentre os pacientes, a maioria dos respondentes possui ensino médio (65%) e fundamental (30%), totalizando 95%. Dos 5% restantes, apenas um possui ensino superior completo.

No que tange aos profissionais, 56,7% possuem graduação/pós-graduação, enquanto 43,3% possuem ensino médio/superior incompleto. É possível dizer que, dentre as funções de nível médio, composto por 17 respondentes, 6 possuem nível superior, o que corresponde a 35% desta população.

Tabela 8 - Distribuição segundo sexo dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Feminino	25	83,3	83,3	83,3
Masculino	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS

Gráfico 3 - Distribuição segundo sexo dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS

Tabela 9 - Distribuição segundo sexo dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Feminino	49	81,7	81,7	81,7
Masculino	11	18,3	18,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Gráfico 4 - Distribuição segundo sexo dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014

Tabela 10 - Distribuição segundo escolaridade dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ensino Médio completo	10	33,3	33,3	33,3
Ensino Médio incompleto	1	3,3	3,3	36,7
Especialização	6	20,0	20,0	56,7
Mestrado / Doutorado	3	10,0	10,0	66,7
Superior completo	8	26,7	26,7	93,3
Superior incompleto	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS

Gráfico 5 - Distribuição segundo escolaridade dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago. 2014

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS

Tabela 11 - Distribuição segundo escolaridade dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr. 2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ensino Fundamental completo	12	20,0	20,0	20,0
Ensino Fundamental incompleto	6	10,0	10,0	30,0
Ensino Médio completo	23	38,3	38,3	68,3
Ensino Médio incompleto	16	26,7	26,7	95,0
Superior completo	1	1,7	1,7	96,7
Superior incompleto	2	3,3	3,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Gráfico 6 - Distribuição segundo escolaridade dos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr. 2014

As tabelas 12 a 15 e gráficos de 7 a 10 apresentam informações apenas a respeito dos profissionais, a saber: tabela 12 e gráfico 7 mostram a função exercida, tabela 13 e gráfico 8 a especialidade dos médicos, tabela 14 e gráfico 9 a carga horária semanal e tabela 15 e gráfico 10 o tempo de exercício profissional na unidade.

Observa-se que há um equilíbrio no tempo de exercício profissional na unidade de saúde, em que se apresenta, dentre os profissionais respondentes da pesquisa, pessoas mais novas na unidade e pessoas com mais “tempo de casa”, totalizando noventa por cento dos profissionais, que mencionam possuir de menos de um a cinco anos (60%) e de onze a vinte anos (30%). Os dez por cento restantes estão distribuídos nas faixas de seis a dez anos e mais de 20 anos.

Tabela 12 – Distribuição segundo a função exercida dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Agente Comunitário Saúde	7	23,3	23,3	23,3
Auxiliar de Enfermagem	6	20,0	20,0	43,3
Coordenadora do CS	1	3,3	3,3	46,7
Dentista	1	3,3	3,3	50,0
Enfermeiro	3	10,0	10,0	60,0
Farmacêutica	1	3,3	3,3	63,3
Médico	7	23,3	23,3	86,7
Técnico de Farmácia	1	3,3	3,3	90,0
Técnico Enfermagem	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Gráfico 7 – Distribuição segundo a função exercida dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS.

Tabela 13 – Distribuição segundo especialidade dos sete médicos do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Clinico Geral	2	28,57	28,57	28,57
Família e Neurofisiologia	1	14,29	14,29	42,86
Ginecologia e Obstetrícia	1	14,29	14,29	57,14
Pediatria	3	42,86	42,86	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Gráfico 8 – Distribuição segundo especialidade dos sete médicos do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS.

Tabela 14 – Distribuição segundo a carga horária dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
20	3	10,0	10,0	10,0
30	2	6,7	6,7	16,7
32	1	3,3	3,3	20,0
36	23	76,7	76,7	96,7
38	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS.

Gráfico 9 – Distribuição segundo a carga horária dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

Tabela 15 – Distribuição segundo o tempo de exercício na unidade dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
- 1 ano	10	33,3	33,3	33,3
1 a 5 anos	8	26,7	26,7	60,0
6 a 10 anos	2	6,7	6,7	66,7
11 a 20 anos	9	30,0	30,0	96,7
+ de 20 anos	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS.

Gráfico 10 – Distribuição segundo o tempo de exercício na unidade dos 30 profissionais do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de jul a ago.2014

Os serviços utilizados pelos pacientes do centro de saúde, respondentes da pesquisa, estão representados na tabela 16.

A questão que originou tais dados era de múltipla escolha, isto é, foi apresentada ao indivíduo uma relação de serviços para que pudesse indicar aqueles que efetivamente utiliza.

Tabela 16 – Distribuição segundo a utilização dos serviços da unidade pelos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr. 2014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Acolhimento	2	3,3	3,3	3,3
Acolhimento, Exames, Vacina, Farmácia	3	5	5	8,3
Consulta Médica Agendada	3	5	5	13,3
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Acompanhamento Gestação, Farmácia	1	1,7	1,7	15,0
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Acompanhamento Gestação, PSF Vacina, Farmácia	1	1,7	1,7	16,7
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Acompanhamento Gestação, Vacina, Farmácia	7	11,7	11,7	28,3
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Farmácia	3	5	5	33,3
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Inalação / Medicamentos / Curativos	1	1,7	1,7	35,0
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Inalação / Medicamentos / Curativos, Acompanhamento Gestação, Vacina	1	1,7	1,7	36,7
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Inalação / Medicamentos / Curativos, Acompanhamento Gestação, Vacina, Farmácia	4	6,7	6,7	43,3
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Inalação / Medicamentos / Curativos, Farmácia	1	1,7	1,7	45,0
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Inalação / Medicamentos / Curativos, PSF, Vacina, Farmácia	1	1,7	1,7	46,7
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Inalação / Medicamentos / Curativos, Vacina Farmácia	9	15	15	61,7
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Exames, Vacina, Farmácia	4	6,7	6,7	68,3
Consulta Médica Agendada, Acolhimento, Vacina, Farmácia	1	1,7	1,7	70,0
Consulta Médica Agendada, Exames	2	3,3	3,3	73,3
Consulta Médica Agendada, Exames, Farmácia	2	3,3	3,3	76,7
Consulta Médica Agendada, Exames, Inalação / Medicamentos / Curativos, Acompanhamento Gestação, Vacina, Farmácia	1	1,7	1,7	78,3
Consulta Médica Agendada, Exames, Inalação / Medicamentos / Curativos, Farmácia	2	3,3	3,3	81,7
Consulta Médica Agendada, Exames, Vacina, Farmácia	2	3,3	3,3	85,0

continua

Tabela 16 – Distribuição segundo a utilização dos serviços da unidade pelos 60 pacientes do Centro de Saúde Paranapanema, Campinas, participantes da pesquisa realizada de fev a abr. 2014

continuação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Consulta Médica Agendada, Inalação / Medicamentos / Curativos, Farmácia	1	1,7	1,7	86,7
Consulta Médica Agendada, Vacina, Farmácia	3	5	5	91,7
Exames	1	1,7	1,7	93,3
Farmácia	2	3,3	3,3	96,7
Inalação / Medicamentos / Curativos	1	1,7	1,7	98,3
Vacina	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100	100	

Fonte: Elaborado com apoio do SPSS.

A partir de análise dos dados de tipos de serviços utilizados pelos indivíduos que responderam à pesquisa, foi possível observar algumas informações a destacar. Do total de pacientes respondentes, verificou-se que existem aqueles que se utilizam apenas de um serviço da unidade: 3 indivíduos mencionaram unicamente passar por consulta médica agendada, 2 somente passam pelo acolhimento, 1 utiliza o posto para exames, 1 faz uso do serviço de vacinação e 2 somente frequentam o posto para retirar medicamentos na farmácia.

No que diz respeito a Atividades de Prevenção, apesar da unidade de saúde oferecer este tipo de serviço, nenhum dos pacientes respondentes da pesquisa disseram participar dessas atividades.

O Quadro 4 apresenta quais são os profissionais consultados que foram mencionados pelos pacientes respondentes, em quantidade e percentual (totais).

Quadro 4 – Perfil de profissionais consultados segundo informações dos pacientes participantes da pesquisa realizada de fev a abr.2014

Profissionais consultados	N	%
Clínico Geral	36	60
Pediatra	23	38
Cardiologista	1	12
Dentista	7	12
Enfermagem	3	5
Atendente	1	2
Psiquiatra	1	2
Homeopata	1	2
Ginecologista	34	57

Vale ressaltar que a pergunta formulada no instrumento, cujos dados serviram para a elaboração do quadro 4, foi aberta, isto é, não havia uma lista de especialidades para que o indivíduo pudesse escolher. O quadro retrata a “lembrança” e a menção feita pelos usuários respondentes.

Vale observar que apenas um usuário menciona “Atendente” como um “profissional” do centro de saúde, haja vista que os serviços desses funcionários devem ser utilizados pelos usuários em geral, pois são aqueles que atendem no primeiro momento todos os indivíduos que procuram pela unidade.

A análise dos dados (que originaram o quadro 4 apresentado anteriormente) de profissionais consultados pelos indivíduos que responderam à pesquisa possibilitou observar outras informações relevantes. Do total de pacientes

respondentes, 9 mencionaram utilizar apenas os serviços do Clínico Geral; 4 passam em consulta com o Pediatra, 1 faz uso dos serviços do Dentista e 2 somente se consultaram com o Ginecologista.

4.2 OS DISCURSOS

A seguir são apresentados os resultados das questões abertas, ou seja, aquelas utilizadas para a montagem dos DSC's, para pacientes e profissionais do CS, e, na sequência, os respectivos discursos.

Os casos (questões) estão numerados de 1 a 4, as ideias centrais (coluna 2) categorizadas (coluna 1), com a quantidade de respostas para cada ideia central (coluna 3) e o percentual (coluna 4) de respostas obtidas. Como cada respondente pode ter exposto mais de uma ideia em cada pergunta, o número de respostas pode ser maior que o de respondentes, portanto, para estes casos, acrescentou-se uma coluna a mais de percentual (coluna 5), que corresponde ao total de 60 e 30 participantes, pacientes usuários e profissionais, respectivamente.

Caso 1 - Numa pesquisa de doutorado cujo objetivo era saber como os pacientes hipertensos lidavam com o fato de terem de tomar medicamento a vida inteira, uma senhora idosa entrevistada disse que ela não conseguia tomar um comprimido por dia, como o médico recomendara, porque o medicamento a fazia urinar muito frequentemente e o banheiro na sua casa era no andar de cima, o que quer dizer que ela tinha que estar todo o tempo subindo a escada. Então ela havia decidido tomar só meio comprimido. O que você acha dessa história?

Pacientes Usuários do CS

Ideias Centrais Categorizadas		N	% N	% 60
A	Consultar o médico / trocar o medicamento	17	23,61%	28,33%
B	Não pode parar, prescrição deve ser seguida / deveria seguir o tratamento / não resolve tomar metade	31	43,06%	51,67%
C	Mudar estrutura da casa / Pedir ajuda / Adaptação	16	22,22%	26,67%
D	Trabalho de sensibilização	1	1,39%	1,67%
E	Melhor tomar meio / Comportamento certo/ Metade fica mais fácil para engolir	6	8,33%	10,00%
F	Irresponsabilidade do paciente	1	1,39%	1,67%
G	Deficiência na Relação	0	0%	0%
H	Não entendimento / falta de condições sociais, econômicas, culturais / resistência	0	0%	0%
I	Autonomia do paciente	0	0%	0%
Total de respostas da pergunta		72		

Profissionais do CS

Ideias Centrais Categorizadas		N	% N	% 30
A	Consultar o médico / trocar o medicamento	9	20,45%	30,00%
B	Não pode parar, prescrição deve ser seguida / deveria seguir o tratamento / não resolve tomar metade	1	2,27%	3,33%
C	Mudar estrutura da casa / Pedir ajuda / Adaptação	7	15,91%	23,33%
D	Trabalho de sensibilização	5	11,36%	16,67%
E	Melhor tomar meio / Comportamento certo/ Metade fica mais fácil para engolir	3	6,82%	10,00%
F	Irresponsabilidade do paciente	0	0%	0%
G	Deficiência na Relação	11	25,00%	36,67%
H	Não entendimento / falta de condições sociais, econômicas, culturais / resistência	6	13,64%	20,00%
I	Autonomia do paciente	2	4,55%	6,67%
Total de respostas da pergunta		44		

Paciente

A - Consultar o médico / trocar o medicamento

Eu acho errado sabe por que, porque o medicamento, o médico prescreveu um inteiro, não pode ser meio, acho que se o médico passou para ela tomar o comprimido ela tem que tomar certo. Se aquele remédio tá fazendo urinar muito, o comprimido tá fazendo mal ela tinha que mudar de comprimido, se esse não tá fazendo bem pra ela pede pro médico trocar o medicamento, acho que deveria passar outro remédio pra fazer menos xixi. Tem certas coisas que faz sentido, hoje em dia apesar da medicina estar avançada, não se forma mais médicos como antigamente. Dá a impressão que a molecada não se preocupa com as pessoas, tem médico que não te atende bem, tem outros que são amorosos e esses são mais antigos. Então, alguém da família deveria ir atrás para ver o que poderia ser feito ou perguntar para o médico, não ela mesma resolver por conta própria ela fazer isso pode ser prejudicada, é bem atitude de velho, tenho um pai parecido, um pouco de insanidade dela. Então, acho que ela tinha que ir ao médico e ter um acompanhamento pra ver o que pode ser feito, pois tava dificultando porque tinha que subir escada, tá prejudicando ela, tinha que passar outra coisa que urinava menos, devia dar mais atenção. Eu fiz isso e agora tá uma maravilha. A gente fica com a consciência tranquila se acontecer alguma coisa a gente fez tudo certinho.

Paciente

B - Não pode parar, prescrição deve ser seguida / deveria seguir o tratamento / não resolve tomar metade

Eu acho errado, acho que ela deveria seguir o tratamento, porque se ele diz que tem que fazer eu vou me esforçar e vou fazer. O princípio ativo é muito pouco e se você tomar metade corre o risco de tomar uma parte que não tem o princípio ativo. É complicado porque o profissional passa o medicamento ele sabe o que tá passando e porque ela precisa, então ela tem que se esforçar, mesmo sendo o banheiro em cima, ela tem que fazer o esforço e atender o que o profissional pediu. O médico sempre sabe mais que o paciente. Porque se não tomar pode ter uma complicação, ter um AVC, né. Eu mesma passo por isso, na gravidez tomo comprimido e piora o

enjoo e vomito mais ainda, eu uso assim mesmo não pode parar. Eu acho que o medicamento ela não devia cortar porque se o médico deu é o certo pra ela tem que seguir a prescrição médica, tem que dar outro jeito. Engraçado, né, porque eu acho que não ia fazer diferença na quantidade de vezes que ela ia ao banheiro, eu acho que não, e cortar não ia ter o mesmo efeito do tratamento. Olha, como eu tomo pra pressão alta, tem que tomar, parar não é por ai não, não pode parar não, remédio pra pressão não pode parar não. Na verdade o certo era ela fazer o que o médico pediu, tinha que acompanhar o que o médico passou e tomar a vida inteira. Existe vários medicamentos que dão outras reações e se a gente não for tratar aquilo que o médico pediu melhor não tratar. Acho assim, se ela não tem condições de fazer um banheiro em casa, se o médico manda tomar um comprimido, da parte dela é errado porque se o médico prescreveu um comprimido ela devia tomar, podia até tá prejudicando a saúde dela tomar meio comprimido, porque uma vez que a prescrição foi feita pelo profissional, ela deve ser cumprida rigorosamente.

Paciente

C - Mudar estrutura da casa / Pedir ajuda / Adaptação

É uma situação delicada, a prescrição tem que ser seguida, um pouco de problema social, por ela ter banheiro interno, isso acaba complicando a situação. Se a pessoa é idosa e tem problema de subir e descer escada tem que tomar uma providencia com relação a isso, né. Ela tinha que fazer uma coisa na casa dela pra fazer o tratamento como o médico disse, porque se ele receitou um comprimido, meio não seria suficiente. Se ela tem que tomar os remédios, não tem que parar, é só mudar o banheiro de lugar ou ficar na casa de familiar. Porque não fizeram um banheiro lá em baixo para ela? Eu acho que se o médico receitou um inteiro era pra ela tomar um inteiro, se ela tivesse dificuldade pra ir ao banheiro ela devia comprar um penquinho e ir fazendo e depois jogar no banheiro e não devia cortar principalmente remédio de pressão porque pressão é coisa séria. Eu acho que ela deveria pedir ajuda pra ir ao banheiro, mas continuar tomando o remédio. Como ela tem dificuldade de subir tem que ter alguém do lado dela, alguém da família pra dar uma ajuda. Eu acho praticamente que uma casa com um banheiro só é impossível. Se fosse eu, se não tivesse banheiro em baixo, eu não deixaria o remédio, eu usaria um

balde, porque o medicamento é mais importante. Antigamente não existia banheiro, era urinol. Ela usa e joga no tanque.

Paciente

D - Trabalho de sensibilização

Não concordo, acho que ela tinha que vir ao médico e ter um acompanhamento pra ver o que pode ser feito. Por conta própria ela fazer isso pode ser prejudicada. Apesar que dependendo da idade é difícil, eles tem uma autonomia, por mais que converse pra tomar o remédio, se não quiser ele para e experimenta outro. Tem que ter um trabalho bem feito de sensibilizar em relação às consequências dessas escolhas.

Paciente

E - Melhor tomar meio / Comportamento certo/ Metade fica mais fácil para engolir

Tá certo, porque ela não conseguia beber o comprimido inteiro então fica mais fácil pra ela engolir. É um fato triste porque se ela tá com uma idade avançada ficar subindo e descendo escada não dá, e se o medicamento pela metade fizer o mesmo efeito que o inteiro, né. Muitos médicos passam comprimido e eu me sentia mal. Eu acho que ela não se sentia bem de tomar o comprimido inteiro e se sentia bem com metade, eu acho normal pra saúde dela, ela tem que ver o que é melhor, ela tem esse problema e tem que urinar muito, então é melhor ela tomar meio que ela vai melhorar.

Paciente

F – Irresponsabilidade do paciente

Eu não concordo, o médico passou porque é necessário. Acho também que é irresponsabilidade do paciente

Análise do caso 1 - Pacientes

Mais da metade dos respondentes (51,67%) acredita que o tratamento deva ser seguido de acordo com a prescrição médica. No discurso categorizado como “B - Não pode parar, prescrição deve ser seguida / deveria seguir o tratamento / não resolve tomar metade”, o trecho *“...uma vez que a prescrição foi feita pelo profissional, ela deve ser cumprida rigorosamente”* ilustra bem esta ideia. Eles afirmam, também, que *“O médico sempre sabe mais que o paciente.”*, mostrando a importância desse profissional e o seu papel. Há um reforço da ideia do profissional de saúde enquanto uma entidade capacitada para “cuidar” do indivíduo, quer dizer, do corpo adoecido desse indivíduo. Assim como na categoria “A - Consultar o médico / trocar o medicamento”, em que 28,33% dos respondentes, ao relatarem que *“...o medicamento, o médico prescreveu um inteiro, não pode ser meio, acho que se o médico passou para ela tomar o comprimido ela tem que tomar certo.”*

Uma questão bastante interessante está relacionada com a crença de que é preciso seguir o tratamento “custe o que custar”. Se para isso é necessário alguma adaptação domiciliar ou familiar, então que seja feita, é o que pensa 26,67% dos pacientes entrevistados. *“Se ela tem que tomar os remédios, não tem que parar, é só mudar o banheiro de lugar ou ficar na casa de familiar. Porque não fizeram um banheiro lá em baixo para ela? (...) ela deveria pedir ajuda pra ir ao banheiro, (...) ter alguém do lado dela, alguém da família pra dar uma ajuda.”*, são trechos do discurso categorizado como “C - Mudar estrutura da casa / Pedir ajuda / Adaptação”.

Porém, apenas 1,67% dos pacientes entrevistados afirmam que *“Tem que ter um trabalho bem feito de sensibilizar em relação às consequências dessas escolhas”* na categoria “D - Trabalho de sensibilização”. Há que se considerar que este discurso, que pouco aparece, pode significar que talvez as pessoas não estejam tão interessadas em serem “sensibilizadas” para fazerem exatamente o que o profissional de saúde acredita ser o mais indicado em situações como, por exemplo, a apresentada.

Em que pese que 10% dos pacientes responderam, na categoria “E - Melhor tomar meio / Comportamento certo / Metade fica mais fácil para engolir”, o trecho *“Eu acho que ela não se sentia bem de tomar o comprimido inteiro e se sentia bem com metade, eu acho normal pra saúde dela, ela tem que ver o que é melhor”*, ou

“se ela tá com uma idade avançada ficar subindo e descendo escada não dá”, remete à questão do indivíduo poder escolher o que ele acredita ser o melhor para a própria saúde, em detrimento da prescrição feita pelo profissional de saúde. O que demonstra a diferença de foco, onde o usuário está preocupado com o quanto o tratamento afeta o seu cotidiano.

Profissional

A – Consultar o médico / Tomar o medicamento

Acredito que é um comportamento que faz sentido no caso dela, até um certo sentido adequado, pois devido a idade alguns pacientes realmente apresentam grande dificuldade de locomoção, às vezes não tem condição de ficar no andar de cima. Mas também este comportamento ou decisão dela é inadequado e ineficaz, ela não pode transgredir o tratamento feito pelo médico. Ela parece ter dificultadores para uma boa adesão ao tratamento - ignorância em relação ao tratamento - parece haver uma percepção que ela vai minimizar o problema tomando somente meio comprimido, ou seja, ela vai urinar menos e ao mesmo tempo não deixará de tratar a doença. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento. Portando deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução, pra ver o que seria possível fazer, buscar outra alternativa de tratamento. O paciente não deve tomar essa decisão sem consultar o médico, mas acontece frequentemente.

Profissional

B – Não pode parar, prescrição deve ser seguida / deveria seguir o tratamento / não resolve tomar metade

Eu entendo o problema dela a dificuldade, mas eu acho que quando a pessoa procura um serviço de saúde ela tem que escutar o que o médico fala, se ela não fizer o tratamento certo ela não vai cuidar da saúde.

Profissional

C – Mudar estrutura da casa / pedir ajuda / adaptação

A minha opinião é de que ela, apesar de não estar correta em relação ao remédio e aparentemente não tendo quem a ajude a subir e descer me parece justificável, tendo em vista os riscos que podem a acometer. Porém não se deve interromper um tratamento e sim adaptar a sua nova vida. Fica difícil, a gente tem que falar se a senhora quiser tomar um comprimido ..., a partir do momento que a família passa a ajudar, facilita, aí muda. Por ser idosa demonstra ser uma pessoa solitária que teria que ter um familiar para auxiliá-la tanto no remédio quanto melhorar sua moradia. Então é um problema social, a família tem que intervir, e fazer um banheiro, porque se ela tem uma casa de 2 andares ela pode fazer um banheiro no andar de baixo. Não tem outra forma, porque o que eu vou falar pra ela, eu vou mostrar pra ela que ela tem que tomar o medicamento de forma correta e não é um banheiro que vai atrapalhar. Não é só um comprimido, até na hora que ela vai pensar em tomar água, que é importante para o funcionamento dos rins, ela vai pensar. Eu acho que tem que levantar possibilidade com os familiares de colocá-la em um lugar mais acessível, um local adequado pra fazer um tratamento correto. As pessoas antigamente usavam urinol, né. Ou quando o médico faz a visita domiciliar, buscar uma possibilidade de melhorar a situação de sua casa, para ela seguir o tratamento corretamente, porque descompensa o tratamento, não está fazendo corretamente, isso é abandono do tratamento.

Profissional

D – Trabalho de sensibilização

É difícil culpá-la, pois as condições físicas de sua casa realmente são favoráveis a não adesão ao tratamento, mas é preciso, fazendo-a protagonista de sua história, com conhecimento da doença e dos resultados do tratamento inadequado e assim buscar com a paciente a melhor solução para a situação. Como farmacêutica, é uma dose subclínica, então só está intoxicando, não resolve nada, tem que tomar a dose certa. Alguém tem que convencê-la a tomar a dose correta. É normal, os idosos tem esse comportamento. Mas eu acho que também tem parte de responsabilidade do

próprio médico que tem que explicar aos pacientes que se tem alguma reação, o paciente acredita que guarda relação com o medicamento. Isso realmente acontece, como profissional de saúde a gente buscava uma forma dela tomar a medicação corretamente. Aqui nesta sala eu oriento eles a tomar de manhã e esclareço que é importante para ela que ela vai precisar fazer bastante xixi para baixar a pressão, e eu sempre convenço eles.

Profissional

E – Melhor tomar metade / Comportamento certo / Metade fica mais fácil para engolir

Eu acho que ela está certa. Ela se adaptou de acordo com a realidade dela. A decisão não foi a ideal porque tem que seguir a prescrição médica, mas de acordo com o que ela podia fazer, ela resolveu a situação. Ela tentou ver se tomando metade ela não fazia xixi.

Profissional

F – Irresponsabilidade do paciente

Sem discurso

Profissional

G – Deficiência na Relação

É normal, os idosos tem esse comportamento. A partir da hora que ela confia na gente e ela escuta, ela começa a tomar. A gente tem que dar atenção para todos, mostrar que ela é importante, eles ficam supercontente quando a gente fala que eles são importantes.

Apesar da dificuldade em cumprir o tratamento proposto a ela, a senhora se esforçava para seguir a recomendação de usar aquela medicação, subentendo que a mesma esteja ciente dos riscos da HAS não tratada e também o vínculo e a comunicação profissional-paciente esteja de alguma forma comprometida, evidenciado pelo desconhecimento dos profissionais que a atendem da sua situação dentro de seu domicílio, ou mesmo pela falta de um olhar holístico dos profissionais

para reconhecer os fatores que dificultam a adesão da senhora ao tratamento. A adesão medicamentosa tem que ser compreendida como um processo conjunto que é estabelecido entre o profissional prescritor e a paciente. Dessa forma, acredito que essa informação que ela traz tem que ser considerada pelo profissional e ambos, em conjunto, devem pensar sobre uma forma alternativa de indicação terapêutica. Acredito que grande parte dos pacientes toma os medicamentos prescritos de forma diferente do prescrito (seja na dosagem ou forma de uso). Por isso é importante questionar a forma de uso, sem julgamento, e considerar a experiência ou vivência de uso do medicamento para o estabelecimento de novas terapêuticas, se necessário. No caso citado, em minha opinião, faltou um envolvimento da equipe multiprofissional no sentido de conhecer a dinâmica familiar e as próprias questões de estrutura física do domicílio, para assim propor a melhor conduta terapêutica, já que cada usuário deve ter seu atendimento singularizado. Realmente precisamos ouvir e conhecer a realidade social do usuário para ter como avaliar a efetividade do tratamento e dentro do possível auxiliar o usuário. O comportamento da senhora é compreensível, pois o efeito colateral da medicação é bastante incômodo. Esta queixa é bastante frequente. Acho que faltou uma melhor explicação por parte do profissional de saúde a cerca da importância da medicação a fim de evitar eventos cardiovasculares, numa linguagem acessível a seu nível de compreensão.

Profissional

H – Não entendimento / Falta de condições sociais, econômicas, culturais / Resistência

Essa história representa com certeza um pouco da nossa realidade, pois os pacientes tem dificuldade para entender as orientações e segui-las. O comportamento da senhora é comum em nosso dia a dia, na grande maioria a população não tem ou não apresenta condições socioeconômicas para atender as necessidades impostas pelos médicos, o comportamento da paciente é resposta do pouco conhecimento da necessidade de tomar a medicação como foi indicada pelo médico, embora não seja o adequado ou correto. É um fato possível de acontecer, principalmente porque lidamos na UBS com diferentes públicos, temos desde pacientes mais abastados e excelente grau de instrução até pacientes

economicamente menos favorecidos e com baixa escolaridade. Um não toma porque o comprimido é grande, alguns pacientes a gente vê que é uma desculpa para não ir ao banheiro, uma resistência para não tomar o remédio, aquela mentalidade que é muito medicamento, que metade faz efeito, tem paciente que mora em sobrado e que tem essa dificuldade e se adapta, dá um jeito quando quer se medicar, mas há um boicote do medicamento. Aí quando tem uma crise hipertensiva e você vai questionar, elas colocam que não é por falta do medicamento, que tinha que ser daquele jeito, que é muito, muito remédio que toma.

Profissional

I – Autonomia do Paciente

Eu acho que muitas pessoas tem esse comportamento de se automedicar. Vai ao médico, mas não faz exatamente o que o médico recomenda. Isso vai interferir no tratamento dela, porque se ele receitou um comprimido é porque ele achou que precisa daquela quantidade. É comum essa tendência das pessoas se automedicar. Acho que às vezes as pessoas tomam decisões a respeito de sua saúde por autonomia.

Análise do caso 1 - Profissionais

Este caso apresenta algumas questões interessantes, principalmente no que diz respeito à crença de uma ação justificável por parte da paciente. Na Categoria A (30%), *“Acredito que é um comportamento que faz sentido no caso dela, até um certo sentido adequado, pois devido a idade alguns pacientes realmente apresentam grande dificuldade de locomoção”*; na categoria C (23,3%) *“A minha opinião é de que ela, apesar de não estar correta em relação ao remédio e aparentemente não tendo quem a ajude a subir e descer me parece justificável, tendo em vista os riscos que podem a acometer”*; na Categoria D (16,67%) *“É difícil culpá-la, pois as condições físicas de sua casa realmente são favoráveis a não adesão ao tratamento”*; e na Categoria G (36,67%) *“É normal, os idosos tem esse comportamento”*.

Porém, apesar de justificável, não acreditam ser um comportamento adequado, como na categoria **A – Consultar o médico / Tomar o medicamento**, no trecho *“deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução, pra ver o que seria possível fazer, buscar outra alternativa de tratamento. O paciente não deve tomar essa decisão sem consultar o médico, mas acontece frequentemente”*; na Categoria **C – Mudar estrutura da casa / pedir ajuda / adaptação** – *“Porém não se deve interromper um tratamento e sim adaptar a sua nova vida(...) Eu acho que tem que levantar possibilidade com os familiares de colocá-la em um lugar mais acessível(...) fazer um banheiro no andar de baixo”*; na Categoria **D – Trabalho de sensibilização** – *“Alguém tem que convencê-la a tomar a dose correta. Mas eu acho que também tem parte de responsabilidade do próprio médico que tem que explicar aos pacientes”*; e na categoria **G – Deficiência na Relação** – *“A adesão medicamentosa tem que ser compreendida como um processo conjunto que é estabelecido entre o profissional prescritor e a paciente.”*

Na Categoria **H – Não entendimento / Falta de condições sociais, econômicas, culturais / Resistência**, observa-se que 20% dos respondentes acreditam que há uma dificuldade na relação e na adesão ao tratamento pelo não entendimento da necessidade ou importância de seguir a prescrição, em decorrência da baixa escolarização, como no trecho *“os pacientes tem dificuldade para entender as orientações e segui-las. (...) na grande maioria a população não tem ou não apresenta condições socioeconômicas para atender as necessidades impostas pelos médicos”*

E ainda na categoria **I – Autonomia do Paciente** há uma parcela dos profissionais respondentes que entendem que, apesar de não ser adequada a prática da automedicação, que o paciente o faz por poder, como no trecho *“Acho que às vezes as pessoas tomam decisões a respeito de sua saúde por autonomia”*.

Caso 2 - Hoje, no tratamento da tuberculose, o paciente deve tomar os medicamentos na frente do profissional de saúde. Muitos pacientes fingem que tomam escondendo os comprimidos debaixo da língua. Quando o profissional vai embora eles cospem o medicamento. O que você acha disso? Fale um pouco sobre isso.

Pacientes Usuários do CS

Ideias Centrais Categorizadas	N	% N	% 60
A Errado / não quer se curar / prejudica a si próprio / desperdício de oportunidade	40	57,97%	66,67%
B Transmite a outras pessoas	4	5,80%	6,67%
C Está tirando oportunidade de outras pessoas / Se não quer tratar porque procura serviço de saúde	4	5,80%	6,67%
D Profissional deve verificar / controlar	8	11,59%	13,33%
E Profissional não tem obrigação de verificar	2	2,90%	3,33%
F Orientação médica deve ser seguida / profissional sabe o que está fazendo	4	5,80%	6,67%
G Falta conscientização	3	4,35%	5,00%
H Responsabilidade não é do médico	3	4,35%	5,00%
I Não respondeu	1	1,45%	1,67%
J Saúde deve buscar outras formas de tratamento	0	0%	0%
K Deficiência na Relação	0	0%	0%
L Medo de repreensão social / Efeitos do medicamento / Sintomas da doença	0	0%	0%
M Não há este comportamento	0	0%	0%
Total de respostas da pergunta	69		

Profissionais do CS

Ideias Centrais Categorizadas	N	% N	% 30
A Errado / não quer se curar / prejudica a si próprio / desperdício de oportunidade	1	2,56%	3,33%
B Transmite a outras pessoas	4	10,26%	13,33%
C Está tirando oportunidade de outras pessoas / Se não quer tratar porque procura serviço de saúde	0	0%	0%
D Profissional deve verificar / controlar	5	12,82%	16,67%
E Profissional não tem obrigação de verificar	0	0%	0%
F Orientação médica deve ser seguida / profissional sabe o que está fazendo	0	0%	0%
G Falta conscientização	16	41,03%	53,33%
H Responsabilidade não é do médico	0	0%	0%
I Não respondeu	0	0%	0%
J Saúde deve buscar outras formas de tratamento	2	5,13%	6,67%
K Deficiência na Relação	8	20,51%	26,67%
L Medo de repreensão social / Efeitos do medicamento / Sintomas da doença	2	5,13%	6,67%
M Não há este comportamento	1	2,56%	3,33%
Total de respostas da pergunta	39		

Paciente

A – Errado / não quer se curar / prejudica a si próprio / desperdício de oportunidade

Ele tá errado, erradíssimo. Devia tomar, não pode fazer isso. É um absurdo, é pro próprio bem dele, no caso ele está procurando se cuidar, mas não tá fazendo o certo, ele tá prejudicando a si próprio, ao invés de se curar ele tá procurando manter a doença. Quem vai sair perdendo é ele, que tá encurtando a vida dele, não é o agente de saúde, porque eu acho que eles querem morrer, tuberculose é uma doença perigosa, mas tem cura, é muita ignorância. A pessoa tá jogando fora a oportunidade de se curar, porque ela tá indo então? Jogando remédio fora que serve pra cura dela tá traindo a si mesmo, não tá enganando ninguém. Sinceramente, na minha opinião, ele não quer ser tratado, não quer sarar. Eu acho errado, ele mesmo ao invés de procurar saúde ele faz isso, então quer dizer que ele não quer saúde, quer viver doente, ele mesmo não gosta dele, pois se toma remédio é pra ver se Deus dá saúde, mas se não toma então vai ficar assim pro resto da vida. Depois nesses casos coloca a culpa no médico. O médico estudou para isto, não posso me auto consultar, decidir que não vou tomar e acabou, pode ser ruim, mas ou você toma ou você morre, porque o tratamento da tuberculose tem que persistir até ser curado, e a pessoa prefere não tomar. O profissional ele busca interesse em ajudar ao próximo, e quando a gente necessita a gente devia ajudar o profissional também e não fazer isso, se ele faz isso ele tá prejudicando ele próprio, aí fica na consciência dele.

Paciente

B – Transmite a outras pessoas

Errado, erradíssimo. Se ele tem uma doença como a tuberculose que é transmitida para outra pessoa, ele tem que se tratar pra não passar pra outras pessoas, que vão se prejudicar por causa dele, vai passar pra outra pessoa que não tem nada com isso, porque ele não vai ficar curado e vai colocar a vida de outras pessoas em risco e falar que a culpa é da Saúde que não deu medicamento pra ele. Ele devia saber que tá contaminando um monte de gente.

Paciente

C – Está tirando oportunidade de outras pessoas / Se não quer tratar porque procura serviço de saúde

Nossa, péssimo. Eu acho ridículo, se não quer tomar medicamento porque vem ao posto? Outras pessoas pode precisar e não ter o tratamento, então é melhor não vir, não ocupar o profissional com essa tarefa, porque se não quer cumprir o tratamento é melhor não vir, não desperdiçar o remédio, outra pessoa podia tá tomando, né.

Paciente

D – Profissional deve verificar / controlar

Eu acho que tá certo o profissional ver, é uma preocupação que ele tá tendo. A pessoa que tá passando o medicamento tinha que falar “erga a língua” ou deveria derreter na água porque na água não dá pra esconder. No caso o médico tá certo de fazer ele tomar na frente dele, porque se é pro bem do paciente, o médico sabe o que tá fazendo, então tem que tomar o remédio e também o médico tem que vigiar pra pessoa não acusar o médico que não passou o tratamento direito, pois se não tomar ele vai continuar com o problema e vai piorar, agravar os sintomas dele.

Paciente

E – Profissional não tem obrigação de verificar

Eu acho totalmente errado também né, ter que tomar na frente do profissional, porque quem vai se arrepender vai ser a pessoa mesmo, tá se prejudicando ela mesma. Isso acontece muito no ouro verde, porque tem umas plantinhas na janela e eles colocam lá. Mas se eles não beberem o profissional não pode ficar verificando se eles tomaram.

Paciente

F – Orientação médica deve ser seguida / profissional sabe o que está fazendo

Isso aí é um desrespeito com o médico, porque o médico tá tentando fazer um bem pra ele, eles estão se prejudicando, não é o médico que tá prejudicando. Se ele tá fingindo que toma e não tá tomando, tá prejudicando, porque ele (médico) tá fazendo a coisa certa. Porque quando o profissional manda ele sabe o que está fazendo, ele estudou pra isso, então se a pessoa não faz a pessoa tá errada e qualquer coisa que acontecer com ele, ele que tá se matando porque não tá fazendo como o médico mandou. Se a gente fazer certinho a gente fica curado. Eu acho que tem que seguir orientação do médico, se você vai no médico, tem que seguir.

Paciente

G – Falta conscientização

Nem dá pra acreditar que acontece isso. Quando uma pessoa sabe que tá com tuberculose, é errado, falta de consciência do paciente. Acho que é completamente errado, apesar que a enfermagem tem até que obrigar, quer dizer conversar com muito jeitinho e conseguir dar a medicação. E se já está a par disso, tem o conhecimento que a pessoa que está doente está fazendo isso, tem que ter um tratamento pra isso, reuniões pra mostrar as consequências, para que isso não aconteça. Todos os remédios que são pelo SUS, esses remédios já estão pagos. Isso acarreta uma série de questões para o paciente, para a família. Tem que ser feito com paciente junto com psicólogo, com agente de saúde, porque eles são o “x” do negócio, eles acompanham os pacientes, vão na casa da família, então tem que ter um acompanhamento para sensibilizar as pessoas. Existe todo um preconceito em cuidar das pessoas assim, então ser cuidado se torna mais difícil ainda.

Paciente

H - Responsabilidade não é do médico

Acho errado, porque tem que tomar o medicamento certinho porque senão depois não faz efeito. Se acontecer alguma coisa a culpa não é do profissional, é dele, que

vai prejudicar ele mesmo, e depois não vai colocar a culpa no médico que receitou o remédio e ele não tomou porque não quis.

Análise do caso 2 - Pacientes

Para este caso, a grande maioria dos entrevistados (80%) acredita que o procedimento de cuspir o medicamento fora está errado – 66,67% mencionam que ele está prejudicando a si próprio, conforme pode ser visto no trecho – *“Ele tá errado, erradíssimo. É um absurdo, é pro próprio bem dele, no caso ele está procurando se cuidar, mas não tá fazendo o certo, ele tá prejudicando a si próprio, ao invés de se curar ele tá procurando manter a doença”*. (**Categoria A - Errado / não quer se curar / prejudica a si próprio / desperdício de oportunidade**); 6,67% responsabilizam este paciente por contaminar outras pessoas conforme o trecho do discurso da **Categoria B - Transmite a outras pessoas**, *“Errado, erradíssimo. Se ele tem uma doença como a tuberculose que é transmitida para outra pessoa, ele tem que se tratar pra não passar pra outras pessoa, que vão se prejudicar por causa dele”*; e outros 6,67% referem que está tirando a oportunidade de outros como no trecho – *“Eu acho ridículo, se não quer tomar medicamento porque vem ao posto? Outras pessoas pode precisar e não ter o tratamento”*, da **Categoria C - Está tirando oportunidade de outras pessoas / Se não quer tratar porque procura serviço de saúde**.

Chama atenção que apenas 5% dos respondentes acreditam que há a necessidade de conscientização do paciente para que siga o tratamento. Na **categoria G – Falta conscientização**, no trecho *“...têm que ter um tratamento pra isso, reuniões pra mostrar as consequências, para que isso não aconteça. (...) Tem que ser feito com paciente junto com psicólogo, com agente de saúde, porque eles são o “x” do negócio, eles acompanham os pacientes, vão na casa da família, então tem que ter um acompanhamento para sensibilizar as pessoas”*, fica evidente a importância dada à questão de tutorar o paciente, no sentido de que ele faça o que a equipe entende ser o mais adequado para a sua saúde.

O trecho “...tá certo de fazer ele tomar na frente dele, porque se é pro bem do paciente, o médico sabe o que tá fazendo, então tem que tomar o remédio e também o médico tem que vigiar (...)” (**categoria D - Profissional deve verificar / controlar**) apresenta bem a importância que os entrevistados dão ao profissional médico, e na questão do paciente ter a necessidade de ser “controlado” no cuidado da sua saúde.

Profissional

A – Errado / não quer se curar / prejudica a si próprio / desperdício de oportunidade

Comportamento inadequado.

Profissional

B – Transmite a outras pessoas

Bastante preocupante, uma vez que a tuberculose pode ser transmitida de pessoa para pessoa no simples convívio. A TB é uma doença que eu acho que todo mundo conhece, uma doença que é muito popular, e todo mundo conhece que é perigoso, contagioso, então se o paciente não toma o medicamento ele está sendo responsável pela sua saúde, pela família, pelos outros. O paciente conhece se não tomar a medicação não vai curar e vai transmitir. Não é como as outras doenças, eu acho que todo mundo conhece porque se faz palestras, todo mundo conhece.

Profissional

C – Está tirando a oportunidade de outras pessoas / Se não quer tratar porque procura o serviço de saúde

Sem discurso

Profissional

D – Profissional deve verificar / controlar

Super errado, eles fazem isso mesmo, o mais interessado aí é o paciente em tratar. Tem que tratar o paciente igual bebê, abrir a boca, levantar a língua. Eu acho que o mais importante é que o profissional dar o comprimido pra ele tomar e que verifique corretamente se o paciente tomou o medicamento. Eu quando dou o comprimido para eles tomarem, peço pra eles abrirem a boca. Às vezes eles ficam bravos, mas tem uns que dão risada. Eu acho importante para o tratamento, para cura e a gente tem que ficar em cima e tem que administrar aqui no CS, porque não adianta dar o comprimido para casa que eles não tomam direito, tomam um hoje, amanhã não toma, pula, né. O profissional precisa garantir o uso do medicamento, pelo menos três vezes por semana, para que o tratamento seja efetivo. Para atingir essa meta, é possível buscar formas suaves de conseguir que o paciente tome o medicamento. Deve-se: investigar a percepção do problema de saúde para o paciente e do impacto do tratamento (ou não tratamento) para si e seus comunicantes; investigar fatores que possam dificultar o uso correto da medicação (pesquisar efeitos adversos, interação com alimentos ou álcool, por exemplo); além disso, recomenda-se que, após oferecer o medicamento para o paciente tomar, o profissional converse com o paciente por alguns instantes para verificar se o fármaco foi realmente deglutido. Esta última estratégia deve ser feita com delicadeza para não aumentar ainda mais a sensação de supervisão e controle que o paciente com doenças de notificação compulsória já tem.

Profissional

E – Profissional não tem obrigação de verificar

Sem discurso

Profissional

F – Orientação médica deve ser seguida / profissional sabe o que está fazendo

Sem discurso

Profissional

G – Falta conscientização

Interpreto como um comportamento de alguém que pode não ter sido bem esclarecido quanto a verdadeira importância do tratamento e não somente quanto à supervisão do mesmo, já que ele vai até a unidade, mas opta jogar fora a medicação, porque se ele está vindo, já é um interesse dele. Acredito que o paciente não esteja sensibilizado o suficiente da patologia que ele é portador para ter esta atitude. Há falta de conscientização da doença e da importância do tratamento e de informação sobre agravamento se falhar o tratamento, não só em relação a eles, mas a contaminação de outras pessoas também. Via de regra, as pessoas que são atendidas neste serviço são muito simples e com baixo grau de instrução. Talvez estejam sendo mal orientados, falta estabelecimento de vínculo bilateral, talvez com mais conversa, com mais orientação, eles não fariam isso, e também se ele está fazendo isso ele já deve ter passado mal com as medicações, então precisa ser avaliado. A falta de conhecimento das pessoas ainda leva a desistir do tratamento, por mais que se fala, que mostra, que apresenta, eles resistem por falta de conhecimento. Quando tinha uma propaganda de TB e a gente começou a dizer para assistir a propaganda, nesse caso o paciente aceitou. O acompanhamento desse paciente precisa ser tratado com muito cuidado, cautelosamente, juntamente com sua família, educando-o e os que compõem sua família, fazendo todos envolvidos entenderem o porque do tratamento. Cabe ao profissional explicar detalhadamente a eficácia do tratamento para que este paciente tenha mais responsabilidade com sua saúde e acompanhá-lo mais cuidadosamente na hora de administrar as medicações. A maioria das vezes a gente sabe se ele cospe, a gente tem o controle porque a bacterioscopia é mensal e se o paciente não está curando, vai aumentar o tempo dele. A gente está sempre conscientizando o paciente, ajudando, eles tomam na nossa frente.

Profissional

H – Responsabilidade não é do médico

Sem discurso

Profissional

I – Não respondeu

Sem discurso

Profissional

J – Saúde deve buscar outras formas de tratamento

A maioria são usuários de drogas, que vem ao posto quando estão muito mal. Começa o tratamento, mas não termina, acreditando que no terceiro comprimido ele está melhor, está curado e não termina mesmo. Vendo pelo lado profissional, a gente se sente impotente diante da situação, não tem o que fazer. É um tratamento difícil, é muito difícil a adesão até o final, deveria ter um tratamento mais facilitado para o paciente, sei que não foi descoberto outro tratamento, mas é muito complicado para o paciente. Acredito que a saúde tem que fazer um programa, uma outra forma de tratamento dessas pessoas, porque eles convivem com a sociedade e aí pega-se um ônibus lotado, vidro fechado, com idoso, criança, eles não tomam cuidado nenhum. Eu gostaria que a saúde pública olhasse mais, porque algumas doenças que dizem que sumiram, elas estão voltando e a própria população não está preocupada com ela, a população só vai se preocupar como foi agora com o caso da dengue, quando começa a sentir a consequência dentro de casa. A TB quase não ouvia falar dela, esporádico, era um caso por mês no posto, agora teve oito casos de colha de escarro e está aumentando. Então acredito que é um assunto serio, precisa ter um cuidado maior com ele pra não chegar ao extremo.

Profissional

K – Deficiência na relação

Acho que a gente trata o paciente como criança, o grau de tutela que eu acho exagerado. Você tem que esclarecer para o paciente a necessidade do tratamento, orientar, e se ele não trata e está contaminando outras pessoas, eu não acho que tenha que obrigar, mas também não sei o que fazer. Obrigar as pessoas a fazerem alguma coisa não funciona, eu acho que você convence, é por aí que eu penso.

Porque se ele está vindo na unidade e faz isso, tem que ver o porque ele não está aderindo ao tratamento, que é tão importante e ele já deve ter sido orientado que deve tomar corretamente para melhorar. Se você faz o tratamento supervisionado e você dá o medicamento pra ele levar pra casa, tem que ter confiança entre ambos, porque aos finais de semana ele leva e se ele faz isso na sua frente, em casa também vai fazer. Eu particularmente, ao identificar esse tipo de situação, discutiria esse caso com a equipe multidisciplinar e recomendaria um acompanhamento com o profissional da área de saúde mental para que pudesse ser investigado melhor o que motiva tal comportamento. Quem sabe alguma intervenção pudesse ser realizada contribuindo para que o paciente parasse de se boicotar e tivesse melhor adesão ao tratamento. Muitos pacientes só pensam nos seus direitos, mas não podem enxergar que eles também têm responsabilidade de cumprir com os tratamentos e é indispensável da colaboração médico-paciente para conseguir o alvo terapêutico. Coisa de 4 anos atrás a gente teve um paciente que ... no caso dele a gente conseguiu superar ofertando cesta básica, suquinho junto. O paciente com TB, nesse caso era um presidiário, às vezes é a busca da morte. As pessoas tem muita falta da afetividade, observamos que eles têm essa necessidade. Então dar atenção, elevando a autoestima dele, com carinho, você observa que ele recupera com mais rapidez, porque não é só contato água e medicamento, é o contato com o lado pessoal. Às vezes a família já se afastou, então quando a gente chega com esse aconchego cuidado, ele melhora. Essa pessoa sente que foi cuidado, que não é só remédio. É isso que falta, o profissional dentro da necessidade dele ele não consegue dar esse aconchego ao outro. Falta estabelecimento de vínculo bilateral.

Profissional

L – Medo de repreensão social / Efeitos do medicamento / Sintomas da doença

Nesse caso, o paciente apesar de ir à sua unidade com frequência para usar as medicações supervisionadas, o faz não por se preocupar com os riscos do não tratamento da sua doença, que talvez nem os entenda, mas o faz talvez por medo de repreensões sociais à indivíduos portadores de doenças infectocontagiosas. Além disso, este comportamento dos pacientes é perfeitamente compreensível, pois

a medicação deve ser tomada por longo prazo e causa efeitos colaterais desagradáveis, às vezes intensos. E os sintomas, quando existem, desaparecem em poucas semanas, até em poucos dias, o que faz o paciente imaginar que já está curado, não necessitando mais de tais medicações.

Profissional

M – Não há este comportamento

Eu desconheço esta afirmação uma vez que eu mesmo fui incumbido pela enfermeira desta unidade a administrar em um paciente, até o momento, não pude detectar, por isso a mim não há este comportamento.

Análise do caso 2 - Profissionais

Mais da metade da população de profissionais que respondeu a pesquisa entende que é fundamental a conscientização da população e que se há casos de pessoas que buscam por tratamento, mas descartam a medicação, o fazem por estarem mal orientados sobre a doença e tratamento, como pode ser verificado no trecho “*Acredito que o paciente não esteja sensibilizado o suficiente da patologia que ele é portador para ter esta atitude. Há falta de conscientização da doença e da importância do tratamento e de informação sobre agravamento se falhar o tratamento, não só em relação a eles, mas a contaminação de outras pessoas também*”, da categoria **G – Conscientização**.

Na categoria **K – Deficiência na relação** 26,67% dos respondentes afirma haver uma dificuldade na relação entre o profissional de saúde e o paciente, que não deve ser obrigado, mas convencido, como no trecho “*Acho que a gente trata o paciente como criança, o grau de tutela que eu acho exagerado. Você tem que esclarecer para o paciente a necessidade do tratamento, orientar, e se ele não trata e está contaminando outras pessoas, eu não acho que tenha que obrigar, (...) eu acho que você convence, é por aí que eu penso.*”

Na categoria **D – Profissional deve verificar / controlar** 16,67% dos profissionais afirmam que é importante o profissional garantir que o paciente faça uso do medicamento, apesar de haver a menção de utilização de “formas suaves” para esse controle, como no trecho *“O profissional precisa garantir o uso do medicamento, pelo menos três vezes por semana, para que o tratamento seja efetivo. Para atingir essa meta, é possível buscar formas suaves de conseguir que o paciente tome o medicamento. (...) Esta última estratégia deve ser feita com delicadeza para não aumentar ainda mais a sensação de supervisão e controle que o paciente com doenças de notificação compulsória já tem.”*

Existe uma parcela dos profissionais que acreditam que quem deve solucionar o problema é a “Saúde”, fazendo menção ao governo, como se pode verificar na Categoria **J – Saúde deve buscar outras formas de tratamento**, no trecho *“Acredito que a saúde tem que fazer um programa, uma outra forma de tratamento dessas pessoas, porque eles convivem com a sociedade (...) eles não tomam cuidado nenhum”.*

Caso 3 - Nos dias de hoje nas consultas médicas os médicos conversam cada vez menos com os pacientes e para descobrir o que eles têm, costumam passar para eles uma bateria de exames. O que você acha disso? Fale um pouco sobre isso.

Pacientes Usuários do CS

Ideias Centrais Categorizadas		N	% N	% 60
A	Conversar mais para saber o que o paciente tem, para definir o tratamento	17	26,15%	28,33%
B	Certo/importante pedir exames	10	15,38%	16,67%
C	Deve pedir exames, mas conversar/não deixar de lado o fator humano	22	33,85%	36,67%
D	Profissional tem pressa /não atende direito	6	9,23%	10,00%
E	Deixar o paciente à vontade para ele se abrir	1	1,54%	1,67%
F	Diferenças entre profissionais	4	6,15%	6,67%
G	Aumentar o número de profissionais / Colocar mais hospitais escola	3	4,62%	5,00%
H	Exames não mostram nada	1	1,54%	1,67%
I	Se não tiver exames não há cura / Tecnologia	1	1,54%	1,67%
J	Não há redução	0	0%	0%
K	Profissionais insatisfeitos / desmotivados	0	0%	0%
L	Falta de condições - saneamento básico, educação, cultura, lazer e outros	0	0%	0%
Total de respostas da pergunta		65		60

Profissionais do CS

Ideias Centrais Categorizadas		N	% N	% 30
A	Conversar mais para saber o que o paciente tem, para definir o tratamento	15	38,46%	50,00%
B	Certo/importante pedir exames	2	5,13%	6,67%
C	Deve pedir exames, mas conversar/não deixar de lado o fator humano	6	15,38%	20,00%
D	Profissional tem pressa /não atende direito	0	0,00%	0,00%
E	Deixar o paciente à vontade para ele se abrir	0	0,00%	0,00%
F	Diferenças entre profissionais	2	5,13%	6,67%
G	Aumentar o número de profissionais / Colocar mais hospitais escola	5	12,82%	16,67%
H	Exames não mostram nada	2	5,13%	6,67%
I	Se não tiver exames não há cura / Tecnologia	3	7,69%	10,00%
J	Não há redução	1	2,56%	3,33%
K	Profissionais insatisfeitos / desmotivados	2	5,13%	6,67%
L	Falta de condições - saneamento básico, educação, cultura, lazer e outros	1	2,56%	3,33%
Total de respostas da pergunta		39		30

Paciente

A – Conversar mais para saber o que o paciente tem, para definir o tratamento

Eles deveriam conversar mais pra saber da vida dos pacientes, marcar mais consultas pra tá sabendo o estado deles, porque muitas coisas nem precisaria fazer exame, era só conversar e esclarecer o que a pessoa tá sentindo pra poder passar o remédio, porque eles faz alguns exames que nem precisa fazer, faz um checkup inteiro da pessoa pra saber o que tem e numa conversa você acaba descobrindo um monte de coisas. Muitos médicos exageram na pedida de exame, há certo abuso do profissional no requisito de exames para o paciente. Eu acho que ele deveria avaliar mais o estado do paciente pra que ele passe um exame detalhado. Eles não perguntam nada, você tem que tá pedindo pra fazer as coisas, tanto do SUS quanto particular. Eles não coloca nem a mão na gente e não tem como saber o que a gente tem. O médico mal olha na sua cara, pede exame e o que você tem não é resolvido. Eu acho errado porque o paciente fica sem ter explicação, porque se ele não conversa só pede um monte de exames, o paciente tem dúvidas, se tem doença, quer saber as causas, porque o médico não tem um diálogo com o paciente. Aconteceu comigo e com a minha mulher. Eu mesmo levo meu papel escrito quando quero fazer pergunta. Tem que conversar mais, e não deixar sem resposta, não olhar só um lado, tem que ver o de todas as pessoas, tem que conversar mais, porque a gente fica aqui na espera, tem que conversar mais, somos todos brasileiros. Ele deveria conversar pra saber certinho o que o paciente tem. Eu fui no MG e o médico simplesmente olhou pra mim, eu tava com dores, resfriado e ele só olhou e prescreveu o remédio. Ele tem que conversar mais com o paciente e fazer exame de escuta, ver se tem alguma coisa na garganta, tem que fazer uma avaliação melhor, não simplesmente olhar e prescrever o remédio. Acho errado porque o médico, o médico começou a ignorar, eu conversei com ele numa boa e ele foi muito deselegante comigo. O médico porque ele estudou muito ele tem que conversar e entender o paciente pra chegar num acordo com ele.

Paciente

B – Certo/importante pedir exames

Perfeito, ótimo. Tá certo, exame em si é bom, porque se tem algum problema tem que descobrir. Com os exames vai saber o que eu tenho e ficar conversando muito e não resolver nada, melhor pedir exames mesmo. Às vezes o paciente fala que está vomitando e ele não tem nada, então o médico tem que pedir o exame pra saber se ele está falando a verdade. Às vezes quando sai o resultado o paciente já sarou. Além disso, é corrido, né, o médico tem que atender um monte de consulta e não tem como ficar conversando. O próprio paciente não sabe o que tem então não adianta nada conversar. Acho bom pedir exames porque além de descobrir uma doença, descobre várias. Cada vez aprofundando mais no caso da gente.

Paciente

C – Deve pedir exames, mas conversar/não deixar de lado o fator humano

Os médicos não conversam mesmo muito com a gente, o atendimento é ruim, não atende direito. Então acho que o certo é médico saber o que o paciente tá sentindo, às vezes eles pedem o exame e nem olha. O certo é fazer um acompanhamento normal, se for o caso fazer um exame mais aprofundado pra saber. Eu mesmo só vou ao médico quando tenho necessidade mesmo. Pedir exames num ponto é bom, mas eu acho que no outro deveria conversar mais, dar mais atenção pra cada um. Cada um tem diferenças, às vezes ele julga um pelo outro, avalia um pelo outro. Eu acho que assim, eu tenho o Dr. Belmiro e converso com ele. Não tenho reclamação, mas muitos médicos só passam exame, tinham que mudar um pouquinho. Tudo bem que eles têm as crises dele, mas tá na hora de ter mudanças, urgente. Eu tava na frente do médico ele mandou passar no postinho, já faz dois meses que estou com dor. Tá na hora do médico mudar sim, conversar com o paciente pra saber o que tem, não pode nem olhar na cara. O médico tem que se inteirar mais com o paciente. A gente gosta quando encontra um médico que conversa bastante. Quando encontra um médico que nem olha e pede um monte de exame, aí é descaso. Eu acho que isso devia ser analisado, devia ter um questionamento maior porque quando chegasse no médico, antes de passar eu passei pela enfermeira, ela

questionou e levou toda a minha situação clínica resumida para a médica. A situação de saúde do país está um caos, isso deveria ser cada vez mais feito, ou seja, que houvesse uma triagem para que esses exames não fossem pedidos sem necessidade.

A parte humana é o pior, o paciente é chamado por um número e o profissional não olha nos olhos. O primeiro horário e o último parece que eles estão sempre exaustos para te atender. O diálogo entre o médico e o paciente deveria ser maior, como se os médicos não tivessem muita paciência com os pacientes, isso agrava mais. O certo seria conversar, estar mais próximo do paciente, perguntar o que o paciente sente, depois que o paciente explicar pedir bateria de exames, e também orientar mais o paciente. Se eu pudesse eu nem vinha aqui, não usaria a rede pública pra nada, mas não posso usar a rede particular. Se eles não conversa quem eles tá consultando?, ninguém né.

Paciente

D – Profissional tem pressa /não atende direito

Acho que eles têm muita pressa pra atender e não atende direito, não examina os pacientes. Eles nem costumam passar uma bateria de exames, eles costumam olhar pra você e dizer o que tem. A saúde está muito banalizada, você procura o pronto socorro pra saber uma resposta, ai chega lá e dizem que tem uma virose e acho que médico não é adivinha, médico é médico, senão não tinha que estudar tanto. Às vezes eles pedem um monte de exames sem necessidade e na hora não falam nada. Eu mesmo tô passando com ela (filha), e assim passei em dois médicos, um falou que era caxumba, o outro que era rubéola, pede exame mas não sabe o que é. Os médicos deveriam dar mais atenção aos pacientes, conversar mais, ouvir mais o paciente, porque simplesmente pede os exames e se os exames não dá nada, ai fica por isso mesmo. Eu acho que o profissional tá envolvendo a vida dele particular na profissão, alguma coisa da vida dele e tá focalizado na vida dele e não do paciente. Não tá com a mente no serviço, dai eles descontrolam as coisas.

Paciente

E – Deixar o paciente à vontade para ele se abrir

Se eles deixassem os pacientes tranquilos eles se abriam mais e também os pacientes vão na consulta para conseguir atestado.

Paciente

F – Diferenças entre profissionais

Acho que isso varia muito de profissional pra profissional, já fui atendida e eles pararem pra conversar. Existem profissionais e profissionais, tem aqueles que atendem bem, mas existem profissionais que você é apenas um número, mesmo no particular tem isso, tem profissionais que não tão nem ai. Varia muito de profissional pra profissional. O que eu falo pra você a diferença, quando você pega um médico mais antigo o tratamento é diferente, eu sei que hoje a correria é grande, mas não dá, acho que é falta de respeito com o ser humano, de ética médica. Olha, já no meu caso, o clínico que eu passo eu acho ele errado. Eu peço exame e ele não pede nada. O médico certo pede o exame para saber o que tem, pra dar o resultado. Mas também já pediram um monte de exames e acharam o que eu não tinha. O médico hoje em dia ... os médicos que se formam por amor a medicina são bons, mas o que se formam porque os pais obrigam, eles só pedem exame. Não está bom, é preciso melhorar, o profissional tem que ter respeito pelo paciente e vive e versa também.

Paciente

G – Aumentar o número de profissionais / Colocar mais hospitais escola

Eu acho que tem que diminuir essa carga horária do médico e aumentar o número de médicos no país, porque o médico dentro do nosso país ele se sente rei. Deveria ter mais profissionais porque ai eles teriam mais tempo pra cada paciente, porque tem muito paciente pra ser atendido, a fila é imensa, e se for ficar conversando com o paciente, não acaba nunca. A falta de profissionais, como no caso de dengue, crianças, idosos e cadê os profissionais, e os profissionais tem que se desdobrar pra fazer várias funções. A falta de profissionais e o fator tempo tem muita importância

para atender a todos. Colocar mais hospitais escola. Pega a UNIP, o interesse deles, como de qualquer empresa, é abrir um hospital escola, porque com o incentivo do governo poderia pagar o profissional que vai ser custeado, diminuir a carga do ensino superior de medicina. Muitas vezes a gente acompanha que o enfermeiro faz papel de médico. Mas a questão é muito mais que isso aqui, falta de profissional, de dinheiro, de educação, educação em saúde precisa ser trabalhada, se você tem educação pra cuidar da sua saúde, tem saúde pra cuidar de sua educação.

Paciente

H - Exames não mostram nada

Eu fiz os exames, nos exames não dá nada e eu mesmo sinto as coisas, então não sei pra que exame. Se eu venho aqui e consulto e o médico diz que tem fazer exame e não dá nada, eu acho que tá errado, como eu to sentindo e não dá nada. Eu venho, tem que marcar retorno pra saber e não consigo porque nunca tem vaga pra retorno, e quem fala é elas ai na frente, a médica não fala nada. Elas dizem que a doutora olhou e tava normal. Tá normal mas eu continuo sentindo as coisas.

Análise do caso 3 - Pacientes

A análise do presente caso permite observar que existe, dentre a população, uma parte (16,67%) que acredita ser importante pedir exames, em detrimento da conversa, como na Categoria **B – Certo/importante pedir exames**: “Com os exames vai saber o que eu tenho e ficar conversando muito e não resolver nada, melhor pedir exames mesmo”; enquanto que 36,67% entendem a importância do exame como consequência de uma anamnese bem feita, como no trecho da Categoria C - **Deve pedir exames, mas conversar/não deixar de lado o fator humano**: “O certo seria conversar, estar mais próximo do paciente, perguntar o que o paciente sente, depois que o paciente explicar pedir bateria de exames, e também orientar mais o paciente. Se eles não conversa quem eles tá consultando?, ninguém né”; e uma terceira parcela (28,33%) que menciona o diálogo como o eixo principal

da consulta, ilustrado pela pelo trecho *“Eu acho errado porque o paciente fica sem ter explicação, porque se ele não conversa só pede um monte de exames, o paciente tem dúvidas, se tem doença, quer saber as causas, porque o médico não tem um diálogo com o paciente”* da Categoria A - **Conversar mais para saber o que o paciente tem, para definir o tratamento**. Mas pode-se afirmar que a maioria dos respondentes (65%) ainda acredita no diálogo para um bom diagnóstico e definição de tratamento.

Do discurso da *Categoria F – Diferenças entre profissionais*, pode-se concluir que os respondentes (6,67%) têm consciência da diferença existente entre os profissionais de saúde, independente do serviço de saúde ser público ou privado, como no trecho *“Existem profissionais e profissionais, tem aqueles que atendem bem, mas existem profissionais que você é apenas um número, mesmo no particular tem isso, tem profissionais que não tão nem aí”*, e verifica-se, ainda, a importância do respeito entre ambos, provavelmente para se ter uma relação de confiança, como no trecho *“Não está bom, é preciso melhorar, o profissional tem que ter respeito pelo paciente e vive e versa também.”*

Profissional

A – Conversar mais para saber o que o paciente tem, para definir o tratamento

Concordo com a afirmação, voltamos naquele quadro de falar, né. A clínica de fato tem ficado de lado, são poucos os profissionais que valorizam uma anamnese e um exame físico bem feitos. Na maioria das vezes a doença em si é mental, porque é assim, paciente com crise hipertensiva, diabético, a maioria deles é depressiva, se sentem solitários, se sente sozinho, e eles procuram o posto de saúde para um desabafo, porque se eu arrumar uma doença eu consigo chamar atenção pra minha pessoa e ai você vê que eles não querem melhorar. A pessoa hipertensa sabe que tem que tomar medicação, fazer uma dieta alimentar, e eles não fazem, porque se tiver um controle eu não vou precisar vir no posto, só para as consultas de rotina e ai ele vai estar sozinho. Eu vejo pela minha prática mesmo, eu trabalho muitas vezes no acolhimento e você ouve o paciente é acolher mesmo. O paciente começa a te contar um caso e você muda o seu atendimento, então é importantíssimo. Noto que alguns médicos não dão atenção aos problemas psicossociais dos pacientes,

principalmente os médicos especialistas como ginecologistas e cardiologistas, talvez pela falha na sua formação ou mesmo pelo seu despreparo emocional e/ou espiritual em lidar com problemas que não sejam físicos, falta humanidade e realmente fazer clínica, tem que ouvir, se aproximar, ter empatia da pessoa que esta com alguma necessidade. Mas isso não é uma prática comum na minha especialidade, onde a história clínica representa muito. Acho que eu sofro por conta disso aqui, o paciente se sente muito mais bem atendido quando ele é ouvido. Acho que sou um ET na verdade, tenho paciente que veio para entender o que tem porque passou com outro colega que não explicou porque não acha importante. Atendemos todo tipo de população, porém a maioria sem muitas informações e acabam não sabendo explicar ou se expressar a respeito de sintomas. Não concordo com a solicitação de exames sem necessidade, acho que o importante é ouvir o paciente, porque às vezes tem coisas que não é nem o exame, é só conversar, às vezes tem outros problemas, até mesmo psicológicos, e a palavra do médico faz a diferença. Nós guardamos exames todos os dias, são muitos exames. Se vai no clínico ele pede exames, se vai na GO ela pede de novo sem o cuidado de olhar no prontuário e sem ouvir o paciente, e ele também poderia falar eu fiz exames. Um dos gastos desnecessários que a saúde tem é essa quantidade de exames, eu acho né, porque não tinha tanta necessidade. Têm pacientes que precisam, mas tem paciente que não precisa uma conversa com o médico faria toda a diferença. A melhor medicina que eu conheço é a comunicação com o paciente, e o apoio emocional do paciente. Você pode indicar qualquer coisa, qualquer exame laboratorial, ultrassom, que se você não fala com o paciente, não conhece a situação e a doença, não faz um bom estudo do caso, da enfermidade. Os comprimidos não é medicina, não é fazer medicina. Dar um apoio emocional em qualquer situação é muito importante, compreender a situação dele. Talvez o tratamento fosse mais simplificado se o médico ouvisse mais o paciente. Considero este comportamento um sério problema de relacionamento, causando inclusive erros diagnósticos graves, muitas vezes. A anamnese é desprezada e o exame físico omitido. Fica um exercício precário e parcial da medicina.

Profissional

B – Certo / importante pedir exames

Eu acho correto, os exames tem que ser pedidos, porque é através de exames que eles vão ter um diagnóstico mais preciso. Pensando ao contrário, o médico que dá um diagnóstico sem exames, ele sim é meio relapso, como vai saber o que o paciente tem, eles não são videntes.

Profissional

C – Deve pedir exames, mas conversar / Não deixar de lado o fator humano

Isso é verdade e eu não concordo. Acho errado pois a conversa com o paciente é tão importante quanto os exames. Acredito que pedir uma bateria de exames só venha a onerar o serviço e não seja resolutivo. O ideal seria fazer uma boa consulta que gerasse solicitação de exames somente referentes à hipótese diagnóstica. Às vezes com um bom exame físico o médico tem mais de 90% do diagnóstico. Para um diagnóstico é necessário as duas coisa, em alguns casos é importante pedir exames antes de fechar o diagnóstico. Os exames de laboratório são complementares da atividade médica, ele tem que colher toda a história do paciente, sintomas, clínica, escutar o paciente, porque não adianta pedir exame, nem todo diagnóstico está nos exames, exames nunca serão mais importantes que a clínica médica, nunca vão substituir a dinâmica estabelecida durante o processo da relação médico-paciente.

Profissional

D – Profissional tem pressa, não atende direito

Sem discurso

Profissional

E – Deixar o paciente a vontade para ele se abrir

Sem discurso

Profissional

F – Diferenças entre profissionais

Eu acho assim, depende da escola onde você é formado e da relação que você tem com o seu paciente. Eu acho que o médico tem que se interessar pelo outro. Você tem que fazer uma clínica. A medicina tem um pouco de quebra cabeça e você tem que montar. A medicina está ficando cada vez mais tecnológica, você pede um monte de exames, e de repente você vai por um caminho que não necessariamente precisaria ir. Por outro lado, penso que uma boa parte dos profissionais não foram treinados a terem esse olhar mais holístico do ser doente e se atêm mais a doença e ao tratamento alopático mesmo.

Profissional

G – Aumentar o número de profissionais

Bom, no serviço privado imagino que isso tenha a ver com a remuneração x tempo e o que é oferecido na consulta. No serviço público são 20 minutos, talvez não seja pouco tempo se pensarmos na demanda x quantidade de consultas oferecidas. Agora se pensarmos no conceito de saúde da OMS (a qual saúde é o bem estar biopsicossocial e espiritual do indivíduo) esse tempo talvez não seja suficiente e o médico opte em priorizar só o aspecto físico, a doença. Tem médico que atende 50, 60 pacientes, como um médico atende tudo isso, então não é que o médico não quer ouvir corretamente, é que não tem tempo. Ele tem que se virar em mil, então dependendo do paciente ele até sabe o que o paciente tem, não é que o médico não ouve o paciente, são poucos médicos e o tempo dele é curto. Ele tem agenda superlotada e aqui também tem o agendamento mais o acolhimento, que ele tem que estar parando para ver na sala de medicação. Além de tudo isso, tem a questão do encaminhamento para a especialidade, acho que o paciente não entende, o porquê dele estar encaminhando para outro especialista. Essa unidade tem uma cobertura de quase 30 mil moradores, e o SUS quase chega a 20 mil, então que tanto de médico, pensa... temos agenda aberta para setembro (para daqui há 2 meses) e o paciente tem necessidade de atendimento, então vai encaixando, o tempo do médico é muito pouco. É realidade, porém deve-se entender que por

muitas vezes estes médicos já estão cansados, exausto de atendimentos e plantões, talvez isso entra em rotina e acabam se acomodando apenas na queixa do momento como por muitas vezes no tratar paciente como máquina. É preciso oferecer boas condições de trabalho aos profissionais. Outro dia a médica pediu ajuda para ir ao banheiro, porque o tempo dela é tão curto que ela não estava indo ao banheiro.

Profissional

H – Exames não mostram nada

Eu acho por vezes desnecessário, tendo em vista que entre a consulta e a realização do exame há um lapso muito grande em se tratando de SUS, pois as especialidades e exames carecem de agendamento e por vezes são muito demorados. E igualmente por muitas vezes a nova consulta agendada com o profissional sai antes mesmo da feitura dos exames requeridos. Considero este comportamento um sério problema de relacionamento, causando inclusive erros diagnósticos graves, muitas vezes. A anamnese é desprezada e o exame físico omitido. Além disso, este comportamento acarreta desperdício de recursos ao sistema de saúde, o que tem tornado o sistema excessivamente caro.

Profissional

I – Se não tiver exames, não há cura / Tecnologia

Penso que o próprio paciente tenha uma parcela de responsabilidade, pois acha que o médico é bom porque pediu um monte de exames, se o médico não solicitar exames e ministrar medicação sua dor não irá curar, então quebrar o tabu é difícil. Também se vivencia a urgência do paciente em resolver sua questão em tempo cada vez menor. Com o advento do acesso à mídia também se presencia queixas já acompanhadas de um suposto diagnóstico e a pressão para exames e receitas, condicionando a consulta a um diálogo cada vez mais escasso entre paciente e médico. Os pacientes esperam uma "pílula mágica" que seja mais fácil de administrar do que a mudança de maus hábitos (ter uma alimentação mais saudável, fazer exercícios, mudar de estilo de vida, etc.).

Profissional

J – Não há redução

Depende da consulta, se for de urgência / emergência ele vai conversar menos. Mas eu não tenho visto que o médico tem diminuído a consulta, ele é atendido e às vezes fica até mais tempo. Eu não vejo redução.

Profissional

K – Profissionais insatisfeitos / desmotivados

Infelizmente, essa não é a prática ideal de assistência à saúde e sabe-se que tem pouca efetividade para o tratamento e prevenção de doenças (além de ser mais dispendiosa). O ônus dessa prática é difícil de ser mensurado e pode ter impacto em diferentes marcadores de saúde. Mas tem profissional que não põe a mão no paciente, só olha pra cara do paciente e pede exame. Acho que insatisfação do que faz. A prática do profissional em nível ambulatorial é muito repetitiva e cansativa, o que tende a desmotivar o profissional. Além disso, a prática do atendimento médico ambulatorial, isoladamente, sem outras ações de saúde (como de assistência multidisciplinar, de promoção da saúde, em grupos, atividades fora de ambientes de cuidado, ações com a família e a comunidade, etc.), também tem seu impacto limitado na saúde do paciente. Desse modo, acho que isso se constitui em outro fator desmotivante para o profissional, que consegue visualizar um resultado restrito da sua atuação.

Profissional

L – Falta de condições – saneamento básico, educação, cultura, lazer e outros

Também tem a parcela de responsabilidade do governo que em termos sociais não é capaz de disponibilizar ao cidadão boas condições de saneamento básico, educação, cultura, lazer e outros para que esse mantenha sua integridade e saúde. Muitas vezes a doença do paciente é mais complexa do que aparenta fisicamente, envolve melhora na condição econômica e social.

Análise do caso 3 - Profissionais

Para o caso 3, setenta por cento dos profissionais entrevistados acreditam que o diálogo entre os profissionais de saúde e os pacientes deve ser prioritário no sentido de se alcançar um bom resultado. As categorias A e C, nos trechos que seguem, ilustram este aspecto. **A – Conversar mais para saber o que o paciente tem, para definir o tratamento** – *“Talvez o tratamento fosse mais simplificado se o médico ouvisse mais o paciente. Considero este comportamento um sério problema de relacionamento, causando inclusive erros diagnósticos graves, muitas vezes.”*; **C – Deve pedir exames, mas conversar / Não deixar de lado o fator humano** – *“Os exames de laboratório são complementares da atividade médica, ele tem que colher toda a história do paciente, sintomas, clínica, escutar o paciente, porque não adianta pedir exame, nem todo diagnóstico está nos exames, exames nunca serão mais importantes que a clínica médica, nunca vão substituir a dinâmica estabelecida durante o processo da relação médico-paciente.”*

Porém, há uma parcela de entrevistados que acredita haver diferenças entre os profissionais – aqueles que se preocupam e aqueles que não se interessam pelo outro. E acrescentam que isto pode ter relação com a formação profissional, como pode ser visto no trecho da categoria **F – Diferenças entre profissionais** – *“penso que uma boa parte dos profissionais não foram treinados a terem esse olhar mais holístico do ser doente e se atêm mais a doença e ao tratamento alopático mesmo”*.

Aparecem, também, aqueles profissionais que alegam que a unidade está defasada em número de profissionais para atender a demanda, como na categoria **G – Aumentar o número de profissionais**, no trecho *“Tem médico que atende 50, 60 pacientes, como um médico atende tudo isso, então não é que o médico não quer ouvir corretamente, é que não tem tempo. (...) Ele tem agenda superlotada e aqui também tem o agendamento mais o acolhimento, que ele tem que estar parando para ver na sala de medicação”*.

Na categoria **I – Se não tiver exames, não há cura / Tecnologia**, pode-se verificar que os profissionais mencionam haver pacientes esperando por uma solução mais rápida, que demande menos esforço individual, além da tecnologia colaborar com a falta de diálogo, conforme o trecho *“Com o advento do acesso à mídia também se presencia queixas já acompanhadas de um suposto diagnóstico e*

a pressão para exames e receitas, condicionando a consulta a um diálogo cada vez mais escasso entre paciente e médico. Os pacientes esperam uma "pílula mágica" que seja mais fácil de administrar do que a mudança de maus hábitos (ter uma alimentação mais saudável, fazer exercícios, mudar de estilo de vida, etc.)."

Caso 4 – Um dia a Lucinha tinha hora marcada para fazer acompanhamento pré-natal. Já estava no sétimo mês de gravidez, com uma barriga bem grande. Durante o ultrassom achou a médica muito calada. Quando terminou Lucinha perguntou: e aí doutora, como está o meu bebê? A médica, preocupada com a situação da Lucinha, sabendo que não tinha muito tempo para explicações que provavelmente não seriam entendidas pela paciente, e pensando no bem estar dos dois, mãe e bebê, resolveu encaminhar a Lucinha o mais rápido possível, respondendo: você precisa ir ao hospital para ser internada imediatamente. A médica entregou-lhe um papel e reforçou que ela deveria ir ao hospital naquele momento. O que você acha disso? Fale um pouco sobre isso.

Pacientes Usuários do CS				
Ideias Centrais Categorizadas		N	% N	% 60
A	Médica agiu corretamente	15	24,59%	25,00%
B	Deveria conversar / explicar	28	45,90%	46,67%
C	Chamar alguém da família para conversar / explicar	2	3,28%	3,33%
D	Não havia tempo para explicações / Ir a um local com mais recursos	4	6,56%	6,67%
E	Errado / Não se preocupou com a situação da paciente / Transferência de responsabilidade	7	11,48%	11,67%
F	Trocar de médico / sem ética	2	3,28%	3,33%
G	Chamar uma ambulância	2	3,28%	3,33%
H	Não respondeu	1	1,64%	1,67%
I	Autonomia do paciente	0	0%	0%
J	Médicos trabalham sobrecarregados	0	0%	0%
Total de respostas da pergunta		61		60

Profissionais do CS				
Ideias Centrais Categorizadas		N	% N	% 30
A	Médica agiu corretamente	5	13,89%	16,67%
B	Deveria conversar / explicar	17	47,22%	56,67%
C	Chamar alguém da família para conversar / explicar	2	5,56%	6,67%
D	Não havia tempo para explicações / Ir a um local com mais recursos	0	0,00%	0,00%
E	Errado / Não se preocupou com a situação da paciente / Transferência de responsabilidade	0	0,00%	0,00%
F	Trocar de médico / sem ética	0	0,00%	0,00%
G	Chamar uma ambulância	3	8,33%	10,00%
H	Não respondeu	0	0,00%	0,00%
I	Autonomia do paciente	8	22,22%	26,67%
J	Médicos trabalham sobrecarregados	1	2,78%	3,33%
Total de respostas da pergunta		36		30

Paciente

A – Médica agiu corretamente

Esse caso é complicado. Porque o médico não tem que ser sincero com o paciente? Se for avisar para deixar pior, não sei. Se o paciente não vai entender e prejudicar o paciente, acho certo. É um caso complicado porque os médicos tudo sabe o que tá acontecendo. Eu acho que tipo assim, ela deveria estar atenta ao que estava acontecendo. A atitude da médica foi correta porque a partir do momento que fez o ultrassom, viu a necessidade da paciente ser encaminhada ao hospital. Aquela história né, tem coisas que o paciente pode esperar, outras tem mais urgência e o quadro da situação exigia uma certa urgência. Eu acho certo o que a médica fez, porque tem muitos que mandam voltar pra casa, e se ela manda pra casa e ela tem no meio da rua?, é muito pior. Às vezes tem criança que nasce no período normal e outros tem pressa pra nascer. Acho que a médica fez certo porque era o justo, se ela viu algum erro, tinha que mandá-la o mais rápido possível. Tenho uma prima que engravidou e tava no mês de ganhar o bebê, o médico ao invés de dar o encaminhamento mandou ela pra casa e deu uma injeção pra dor. Depois de três dias ela voltou e não estava mais sentindo o bebê. O bebê tava morto na barriga. Acho que deveria fazer o certo, se ela estava com dor dar o encaminhamento pra ela, mas deram injeção pra dor, acho isso errado. A médica, no caso, agiu certo porque se ela fosse perder tempo explicando o que ela tinha, ia perder tempo, eu acho que agiu certo, porque no hospital alguém ia explicar o que estava acontecendo. A médica não ia mandar internar a toa.

Paciente

B – Deveria conversar / explicar

A médica foi totalmente errada de ficar quieta e não falar. No caso a médica devia ter explicado a ela o que estava acontecendo, tinha que esclarecer o fato, devia ter conversado, ter dialogado com ela, falar o que tá acontecendo, porque num susto desse aí ela podia gerar outras complicações. Deveria ter um pouco mais de paciência e ter explicado, porque aí ela ficou mais preocupada, falar pra ela pelo menos se o bebê estava bem, não mandar ir direto pro hospital. Achou que ela não

ia entender? Às vezes a gente não entende, mas eu acho que deveria explicar. Se ela tivesse falado, a mãe ficaria mais tranquila, se o bebê estava bem, dar mais informações porque ela estava dando aquele encaminhamento pra ir pro hospital. Eu tô na mesma situação, gestante e desde ontem tô com dor no pé da barriga e resolvi passar no posto pra saber e depois ir pra maternidade, pra tirar as dúvidas. Se o médico for bem claro e disser você tem esse problema, deveria jogar limpo com a Lucinha, não deixar ela com dúvida, porque com a falta de informação o médico fala dessa forma, fica escondendo, é capaz dela não ir, porque as pessoas muitas vezes tem medo de encarar o problema. Sistema público as pessoas sabem que vai demorar e prefere voltar para casa. Poderia ter sido resolvido na hora pelo profissional. Então o médico e o paciente tem que ter diálogo, o que não temos. A gente vê muita história louca de médico e paciente, mas tem que ter diálogo, muito diálogo.

Paciente

C – Chamar alguém da família para conversar / explicar

Eu acho que ela tinha que chamar alguém da família e conversar. Acho que deixou a paciente mais nervosa. Tinha que ter uma pessoa junto com ela, pra médica explicar tudo, pra não falar direto pra paciente.

Paciente

D – Não havia tempo para explicações / Ir a um local com mais recursos

Ela não tinha muito tempo para explicar e não quis contar o que estava acontecendo pra não apavorar a paciente, porque no caso não seria bom pra ambos (mãe e bebê). Talvez alguém no hospital podia orientar ela melhor, além de ser um lugar com mais recurso.

Paciente

E – Errado / Não se preocupou com a situação da paciente / Transferência de responsabilidade

Tudo errado. A mãe tem que saber tudo o que acontece com seu bebê, e ela não falou qual era o problema, e se a médica era que fazia pré-natal dela direto, devia saber o que estava acontecendo, mandar ir direto pro hospital, acho errado. Acho que poderia ter sido uma coisa muito séria, não sei se o feto poderia estar morto, pra mãe é um choque muito grande, é complicado, tem uns médicos tão frios, não se preocupou com a situação dela. Acho que a gente nunca deve ter pressa e sim pensar no próximo. Ela tinha que explicar, a pressa levou ela a fazer isso. Calma e determinação e respeito com o próximo aí sim dá pra atender todo mundo. A médica tava errada, franqueza acima de tudo, não é verdade?

Além do que houve uma transferência devido a falta de tempo da médica de explicar, de instruí-la, ela transferiu a situação da Lucinha para o hospital. Seria bom se a médica pudesse resolver a questão ali, ela passou o problema pra frente, isso dá mais gasto uma vez que o sistema de saúde não está como deveria, atendendo a todos, e solucionando os problemas, só tá empurrando e gerando mais problema. A meu ver nosso sistema de saúde está à beira da falência, está agonizando.

Paciente

F – Trocar de médico / sem ética

Eu acho que a médica não usou nenhuma ética com o paciente. Acho que ela (paciente) deveria trocar o médico de pré-natal, né, ela deveria reclamar, né, pelo que a médica agiu com ela, porque tá errado.

Paciente

G – Chamar ambulância

Acho errado. A médica não explicou o que ela tinha e mandou pra outro. Pela gravidade do problema, a médica deveria chamar ambulância. É o médico mesmo que tem que correr atrás e não dar o papel, tem que dar o primeiro socorro.

Análise do caso 4 - Pacientes

No caso da gestante pode-se verificar que uma parte da população respondente (25%) acredita que a médica agiu corretamente, que o ideal não passa por explicar ao paciente a sua situação, mas sim fazer um encaminhamento, como na Categoria **A – Médica agiu corretamente** - trecho *“A médica, no caso, agiu certo porque se ela fosse perder tempo explicando o que ela tinha, ia perder tempo, eu acho que agiu certo, porque no hospital alguém ia explicar o que estava acontecendo. A médica não ia mandar internar a toa”*.

Porém, a posição contrária parece em duas categorias, em que a maioria dos respondentes (58,34%) acredita na importância do diálogo, como na Categoria **B – Deveria conversar / explicar** trecho *“Então o médico e o paciente tem que ter diálogo, o que não temos. A gente vê muita história louca de médico e paciente, mas tem que ter diálogo, muito diálogo”* e na Categoria **E – Errado / Não se preocupou com a situação da paciente / Transferência de responsabilidade**, trecho *“A mãe tem que saber tudo o que acontece com seu bebê, e ela não falou qual era o problema (...)Ela tinha que explicar, a pressa levou ela a fazer isso. Calma e determinação e respeito com o próximo ai sim dá pra atender todo mundo. A médica tava errada, franqueza acima de tudo, não é verdade?”*

Profissional

A – Médica agiu corretamente

A conduta médica é adequada, eu acho que a profissional que fez o exame ficou realmente preocupada e deu uma orientação que provavelmente foi correta, porém a paciente tem o direito e precisa ser orientada sobre o que está ocorrendo, até para que possa seguir as orientações com mais precisão. Se você manda ir para o hospital e não explica, entra em desespero. Quando a paciente pede uma informação e for adulta ela deve responder. Eu acho que ela fez uma parte do que ela deveria fazer e a outra ela simplesmente suprimiu, ela deixou a menina desesperada, porque passa milhões de coisas na cabeça da gestante. Às vezes a

forma de falar assusta mais que a situação, então deveria falar, ela deixou transparecer na fisionomia que era grave, e a mãe... fica difícil para a mulher. Mas ela deveria saber o que estava acontecendo, se está perdendo o bebê, não conseguiu escutar o bebê, tem uma má formação grave, tem que falar, eu acho que faltou isso. Faltou comunicação, acolhimento.

Profissional

B – Deveria conversar / explicar

Bom, entendo a situação do profissional que deve ter identificado uma complicação no exame realizado e teme pela saúde dos dois. Também entendo que por mais que a informação seja dada, é normal que ela venha acompanhada por diversas perguntas da mãe sobre as repercussões desse problema. No entanto, acredito que o meio termo ou bom senso seja a melhor alternativa dessa situação. Explicar brevemente a situação para a mãe, por mais difícil que seja, pode deixá-la menos nervosa do que sua imaginação pode ter construído com o simples encaminhamento urgente para o hospital. É direito dela em saber o resultado do seu exame, e informações ocultas não são éticas. O médico, independente de sua especialidade, tem o dever de prestar esclarecimentos ao paciente sobre todas as condutas a serem tomadas. Neste caso, a médica em questão deveria ter conversado com a paciente sobre os motivos deste encaminhamento, por mais que seja dolorosa a situação, pois a Lucinha deve ter ficado apavorada e orientar melhor faz parte de um bom atendimento. Talvez a médica pudesse falar um pouco sobre o exame, que estava preocupada por ter dado uma alteração, mas que ela não devia ficar nervosa, pois isso seria pior para ela e para o bebê e orientar que a paciente fosse ao hospital para receber o tratamento adequado, pois com uma explicação mais clara ela e bebê se sentiriam mais confortáveis e confiariam na médica. A paciente merece respeito e deve ser informada das suas condições de saúde sempre, independente da gravidade da situação.

Profissional

C – Chamar alguém da família para conversar / explicar

Acredito que o cuidado com o falar, as orientações necessárias, com certeza é preciso. Quando você atende o paciente e orienta com relação a um exame, conduta médica ou seja lá o que for, ele entende e sai satisfeito do atendimento pois houve uma atenção sobre seu caso. Se não posso revelar no ato o caso para a paciente devo solicitar um acompanhante ou familiar - a mãe, o marido - conversar com eles para eles estar acompanhando e tranquilizando ela, e encaminhá-la em segurança, informado sobre seu estado geral e o que deve ser feito. Respeito com o paciente é informá-lo daquilo que é de interesse dele principalmente quando se trata de saúde e cuidados.

Profissional

D – Não havia tempo para explicações / Ir a um local com mais recursos

Sem discurso

Profissional

E – Errado / Não se preocupou com a situação da paciente / Transferência de responsabilidade

Sem discurso

Profissional

F – Troca de médico / sem ética

Sem discurso

Profissional

G – Chamar uma ambulância

A conduta dela foi certa, para salvar tanto uma quanto a outra. Acho que não há muitos recursos para serem trabalhados dentro da unidade de saúde, mas se é uma UBS, é chamado o SAMU e ela não sai descoberta, ela não vai por ela, com as perninhas dela. Mesmo porque as gestantes, se a médica fizer isso, ela não vai para o hospital, ela vai para casa cuidar dos filhos, esperar o marido chegar, às vezes ela não tem nem condição econômica de pegar um ônibus e se o caso dela é uma coisa tão grave, acredito que então ela deveria chamar o SAMU pra levar essa mãe pra maternidade, pra que esta gestante fosse acompanhada até o momento da internação, até mesmo para agilizar o atendimento quando ela chegasse ao hospital, porque assim ela vai entender que está passando por um momento de risco e ao mesmo tempo vai se sentir acolhida, que ela não está sozinha.

Profissional

H – não respondeu

Sem discurso

Profissional

I – Autonomia do paciente

Uma das práticas mais habituais no universo médico é o paternalismo durante a relação médico paciente, onde o médico acredita que faz o melhor para o paciente e esquece um direito primordial: autonomia do paciente. Além disso, é falho o procedimento uma vez que ao paciente é assegurado o direito das informações inerentes ao seu estado. Mesmo que o caso seja grave, ele deve ser informado de tudo, pois só ele, e seus familiares podem tomar decisões acerca dos futuros procedimentos a serem tomados. Nunca o profissional deve falar com o paciente usando o princípio de que ele não sabe de nada, toda orientação pode ser entendida de alguma forma, dependendo também do receptor, é claro, mas o profissional precisa tentar encontrar uma forma de linguagem melhor captada pelo paciente.

Você fala que tem que ir urgente para o hospital, mas por quê? Eu acho que o médico tem que explicar, além do tempo. O que a gente acha que é importante para o paciente, às vezes não é a realidade, tem que falar com ela, fazer apoio emocional, explicar devidamente a situação, fazer um bom acolhimento, não só encaminhar. Nesse caso era imprescindível que a paciente entendesse a real gravidade do seu caso para poder escolher com clareza o cumprimento daquela orientação e se preparar em todos os aspectos para aquela situação vindoura. Durante a tomada de decisão tanto o médico como o paciente tem os mesmos direitos de escolher e atuar.

Profissional

J – Médicos trabalham sobrecarregados

Eu acho difícil de responder. Porque a médica não teria tempo? Às vezes acontece do médico não ter tempo para atender, o médico às vezes não tem tempo, pois eles trabalham sobrecarregados.

Análise do caso 4 - Profissionais

Na categoria **A – Médica agiu corretamente**, os profissionais respondentes (16,67%) acreditam que a ação da médica foi adequada, porém afirmam que há necessidade de explicar a situação, como no trecho *“A conduta médica é adequada, eu acho que a profissional que fez o exame ficou realmente preocupada e deu uma orientação que provavelmente foi correta, porém a paciente tem o direito e precisa ser orientada sobre o que está ocorrendo, até para que possa seguir as orientações com mais precisão”*

Na categoria **B – Deveria conversar / explicar**, verifica-se que mais da metade dos respondentes (56,67%) tem preocupação com a importância da informação e da veracidade, mas ressalta-se que há mais do que isso, como no trecho *“A paciente merece respeito e deve ser informada das suas condições de saúde sempre, independente da gravidade da situação”*, pode-se dizer que além de prestar informações, o profissional de saúde acredita que isto esteja

relacionado com respeitar o paciente. Isto também pode ser verificado na categoria **C – Chamar alguém da família para conversar / explicar**, e, além disso, aparece uma preocupação ainda maior com a paciente, *“Se não posso revelar no ato o caso para a paciente devo solicitar um acompanhante ou familiar - a mãe, o marido - conversar com eles para eles estar acompanhando e tranquilizando ela”*, um cuidado extra, ou mesmo uma super proteção.

Na Categoria **I – Autonomia do paciente**, os respondentes (26,67%) acreditam que deva existir uma “decisão compartilhada” de diagnóstico, que ao paciente deve ser dada a autonomia ou poder de decidir por aquilo que ele acredita ser o melhor, como no trecho *“Durante a tomada de decisão tanto o médico como o paciente tem os mesmos direitos de escolher e atuar.”*, mas é interessante observar que nesta categoria também há a preocupação com a forma com que o profissional deve conversar com o paciente, e que este paciente possui conhecimentos a respeito do seu corpo e saúde/doença, como no trecho *“Nunca o profissional deve falar com o paciente usando o princípio de que ele não sabe de nada, toda orientação pode ser entendida de alguma forma, dependendo também do receptor, é claro, mas o profissional precisa tentar encontrar uma forma de linguagem melhor captada pelo paciente.”*

4.3 AS MACRO CATEGORIAS

A partir das categorias dos DSC's, foram montadas as quatro macro categorias, a saber:

- 1^a) Responsabilidades governamentais – condições básicas (saneamento, educação, saúde, lazer, etc.) e novas formas de tratamento
- 2^a) Ignorância pessoal x conhecimento profissional
- 3^a) Autonomia e direito à informação x paternalismo
- 4^a) Relação profissional-paciente x condições de trabalho do profissional de saúde

A primeira macro categoria contém discursos pertencentes apenas a profissionais de saúde, não ocorrendo discursos a esse respeito dentre os pacientes pesquisados, o que pode significar que os usuários respondentes da pesquisa não relacionam os casos apresentados com a necessidade do governo, de alguma maneira, apresentar soluções e/ou fornecer condições básicas. Não há, entre os segundos sujeitos a representação social presente nos primeiros (profissionais de saúde), de que há uma relação entre cuidados com a saúde e condições socioeconômicas mais adequadas, que permitam mais informações, maior conhecimento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

As categorias associadas a essa macro categoria foram:

- para o primeiro caso (Hipertensão – senhora idosa que decide tomar meio comprimido) foi associada à categoria H (Não entendimento / Falta de condições sociais, econômicas, culturais / Resistência);
- no segundo caso (Tuberculose – paciente que cospe o medicamento fora) foi associada à categoria J (Saúde deve buscar outras formas de tratamento);
- para o terceiro caso (Nos dias de hoje nas consultas médicas os médicos conversam cada vez menos com os pacientes e para descobrir o que eles têm,

costumam passar para eles uma bateria de exames) foi associada à categoria L (Falta de condições – saneamento básico, educação, cultura, lazer e outros).

MAC1 - Responsabilidades governamentais – condições básicas (saneamento, educação, saúde, lazer, etc.) e novas formas de tratamento

Profissional

Essa história representa com certeza um pouco da nossa realidade. O comportamento da senhora é comum em nosso dia a dia, pois os pacientes tem dificuldade para entender as orientações e segui-las. A grande maioria da população não tem ou não apresenta condições socioeconômicas para atender as necessidades impostas pelos médicos, e o comportamento da paciente é resposta do pouco conhecimento da necessidade de tomar a medicação como foi indicada pelo médico, embora não seja o adequado ou correto. Lidamos na UBS com diferentes públicos, temos desde pacientes mais abastados com excelente grau de instrução até pacientes economicamente menos favorecidos e com baixa escolaridade. Parte são usuários de drogas, que vem ao posto quando estão muito mal. Começa o tratamento, mas não termina, acreditando que no terceiro comprimido ele está melhor, está curado e não termina mesmo.

Tem a parcela de responsabilidade do governo que em termos sociais não é capaz de disponibilizar ao cidadão boas condições de saneamento básico, educação, cultura, lazer e outros para que esse mantenha sua integridade e saúde. Muitas vezes a doença do paciente é mais complexa do que aparenta fisicamente, envolve melhora na condição econômica e social. Vendo pelo lado profissional, a gente se sente impotente diante da situação, não tem o que fazer. É um tratamento difícil, é muito difícil a adesão até o final, deveria ter um tratamento mais facilitado para o paciente, sei que não foi descoberto outro tratamento, mas é muito complicado para o paciente. Acredito que a saúde tem que fazer um programa, outra forma de tratamento dessas pessoas, porque eles convivem com a sociedade e ai pega-se um ônibus lotado, vidro fechado, com idoso, criança, eles não tomam cuidado nenhum. Eu gostaria que a saúde pública olhasse mais.

À segunda macro categoria (Ignorância pessoal x conhecimento profissional) foram associados discursos tanto de pacientes quanto de profissionais da saúde. Os quatro casos do instrumento de pesquisa foram contemplados nesta macro categoria, aparecendo em uma categoria em cada uma das questões 3 e 4, em três categorias da questão 2 e em quatro da questão 1, como segue:

- para o primeiro caso (Hipertensão – senhora idosa que decide tomar meio comprimido) foram associadas as categorias A (Consultar o médico / Tomar o medicamento), B (Não pode parar, prescrição deve ser seguida / deveria seguir o tratamento / não resolve tomar metade), E (Melhor tomar metade / Comportamento certo / Metade fica mais fácil para engolir), F (Irresponsabilidade);
- no segundo caso (Tuberculose – paciente que cospe o medicamento fora) foram associadas às categorias A (Errado / não quer se curar / prejudica a si próprio / desperdício de oportunidade), C (Está tirando a oportunidade de outras pessoas / Se não quer tratar porque procura o serviço de saúde, F (Orientação médica deve ser seguida / profissional sabe o que está fazendo);
- para o terceiro caso (Nos dias de hoje nas consultas médicas os médicos conversam cada vez menos com os pacientes e para descobrir o que eles têm, costumam passar para eles uma bateria de exames) foi associada à categoria I (Se não tiver exames, não há cura / Tecnologia);
- para o quarto caso (A gestante que ao passar por ultrassom e questionar sobre o bebê, recebe da médica um papel que reforça que ela deveria ir ao hospital naquele momento) foi associada à categoria C (Chamar alguém da família para conversar / explicar).

MAC2 - Ignorância pessoal x conhecimento profissional

Profissional

Com o advento do acesso à mídia também se presencia queixas já acompanhadas de um suposto diagnóstico e a pressão para exames e receitas, condicionando a consulta a um diálogo cada vez mais escasso entre paciente e médico. Acredito que este comportamento ou decisão dela é inadequado e ineficaz, ela não deve tomar a decisão sem consultar o médico. Ela parece ter dificultadores para uma boa adesão ao tratamento - ignorância em relação ao

tratamento - parece haver uma percepção que ela vai minimizar o problema tomando somente meio comprimido. Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento. Eu acho que quando a pessoa procura um serviço de saúde ela tem que escutar o que o médico fala, se ela não fizer o tratamento certo ela não vai cuidar da saúde. Os pacientes esperam uma pílula mágica que seja mais fácil de administrar do que a mudança de maus hábitos. Pelo lado do profissional, acredito que o cuidado com o falar, as orientações necessárias, com certeza é preciso. Quando você atende o paciente e orienta com relação a um exame, conduta médica, ou seja lá o que for, ele entende e sai satisfeito do atendimento pois houve uma atenção sobre seu caso. Portando deveria esta senhora discutir o caso com o médico para encontrar alguma solução, pra ver o que seria possível fazer, buscar outra alternativa de tratamento.

Paciente

Erradíssimo. Devia tomar, não pode fazer isso, se não quer tomar medicamento porque vem ao posto? Quem vai sair perdendo é ele, que tá encurtando a vida dele, não é o agente de saúde, tá traindo a si mesmo, é muita ignorância. Outras pessoas podem precisar e não ter o tratamento, então é melhor não vir, não ocupar o profissional com essa tarefa, não desperdiçar o remédio, né. Eu acho que isso aí é um desrespeito com o médico, porque o médico tá tentando fazer um bem pra ele, o médico estudou para isto, e quando o profissional manda ele sabe o que está fazendo, então se a pessoa não faz tá errada e qualquer coisa que acontecer, ele que tá se matando porque não tá fazendo como o médico mandou, não posso me auto consultar, decidir que não vou tomar e acabou, pode ser ruim, mas ou você toma ou você morre. O médico sempre sabe mais que o paciente e uma vez que a prescrição foi feita pelo profissional, ela deve ser cumprida rigorosamente. Tinha que chamar alguém da família e conversar. A gente fica com a consciência tranquila se acontecer alguma coisa a gente fez tudo certinho.

Para a terceira macro categoria (Autonomia e direito à informação x paternalismo) foram associados discursos de pacientes e de profissionais da saúde. Os quatro casos do instrumento de pesquisa foram contemplados nesta macro categoria, como segue:

- para o primeiro caso (Hipertensão – senhora idosa que decide tomar meio comprimido) foram associadas às categorias D (Trabalho de sensibilização), I (Autonomia do Paciente);
- no segundo caso (Tuberculose – paciente que cospe o medicamento fora) foram associadas às categorias D (Profissional deve verificar / controlar), E (Profissional não tem obrigação de verificar) e G (Conscientização);
- para o terceiro caso (Nos dias de hoje nas consultas médicas os médicos conversam cada vez menos com os pacientes e para descobrir o que eles têm, costumam passar para eles uma bateria de exames) foi associada à categoria B (Certo / importante pedir exames);
- para o quarto caso (A gestante que ao passar por ultrassom e questionar sobre o bebê, recebe da médica um papel que reforça que ela deveria ir ao hospital naquele momento) foram associadas às categorias A (Médica agiu corretamente), D (Não havia tempo para explicações / Ir a um local com mais recursos), G (Chamar uma ambulância) e I (Autonomia).

MAC3 - Autonomia e direito à informação x paternalismo

Profissional

Eu acho que muitas pessoas tem esse comportamento de se automedicar. Vai ao médico, mas não faz exatamente o que o médico recomenda. Isso vai interferir no tratamento dela, porque se ele receitou um comprimido é porque ele achou que precisa daquela quantidade. Há falta de conscientização da doença e da importância do tratamento e de informação sobre agravamento se falhar o tratamento. Talvez estejam sendo mal orientados, falta estabelecimento de vínculo bilateral, talvez com mais conversa, com mais orientação, eles não fariam isso. O acompanhamento desse paciente precisa ser tratado com muito cuidado, cautelosamente, juntamente com sua família, educando-o e os que compõem sua família, fazendo todos envolvidos entenderem o porquê do tratamento. Cabe

ao profissional explicar detalhadamente a eficácia do tratamento para que este paciente tenha mais responsabilidade com sua saúde e acompanhá-lo mais cuidadosamente na hora de administrar as medicações. Acho que às vezes as pessoas tomam decisões a respeito de sua saúde por autonomia. Mas é preciso buscar com a paciente a melhor solução para a situação. Uma das práticas mais habituais no universo médico é o paternalismo durante a relação médico paciente, onde o médico acredita que faz o melhor para o paciente e esquece um direito primordial: autonomia do paciente. Nunca o profissional deve falar com o paciente usando o princípio de que ele não sabe de nada, toda orientação pode ser entendida de alguma forma, dependendo também do receptor, é claro, mas o profissional precisa tentar encontrar uma forma de linguagem melhor captada pelo paciente. Quando a paciente pede uma informação e for adulta ela deve responder. Eu acho que ela fez uma parte do que ela deveria fazer. Durante a tomada de decisão tanto o médico como o paciente tem os mesmos direitos de escolher e atuar. O que a gente acha que é importante para o paciente, às vezes não é a realidade, tem que falar com ela, fazer apoio emocional, explicar devidamente a situação, fazer um bom acolhimento.

Paciente

Eu acho que tá certo o profissional ver, é uma preocupação que ele tá tendo. porque se é pro bem do paciente, o médico sabe o que tá fazendo, então se tem o conhecimento que a pessoa que está doente está fazendo isso, tem que ter um tratamento pra isso, reuniões pra mostrar as consequências, para que isso não aconteça. Tem que ser feito com paciente junto com psicólogo, com agente de saúde, porque eles são o “x” do negócio, eles acompanham os pacientes, vão na casa da família, então tem que ter um acompanhamento para sensibilizar as pessoas. Apesar que dependendo da idade é difícil, eles tem uma autonomia, por mais que converse pra tomar o remédio, se não quiser ele para e experimenta outro. Tem que ter um trabalho bem feito de sensibilizar em relação às consequências dessas escolhas.

Para a quarta macro categoria (Relação profissional-paciente x condições de trabalho do profissional de saúde) associou-se categorias de pacientes e profissionais de saúde. Os quatro casos do instrumento de pesquisa foram contemplados nesta macro categoria, como segue:

- para o primeiro caso (Hipertensão – senhora idosa que decide tomar meio comprimido) foi associada à categoria G (Relação);
- no segundo caso (Tuberculose – paciente que cospe o medicamento fora) foi associada à categoria K (Relação);
- para o terceiro caso (Nos dias de hoje nas consultas médicas os médicos conversam cada vez menos com os pacientes e para descobrir o que eles têm, costumam passar para eles uma bateria de exames) foram associadas as categorias A (Conversar mais para saber o que o paciente tem, para definir o tratamento), C (Deve pedir exames, mas conversar / Não deixar de lado o fator humano), D (Profissional tem pressa, não atende direito), E (Deixar o paciente a vontade para ele se abrir), F (Diferenças entre profissionais), G (Aumentar o número de profissionais) e K (Profissionais insatisfeitos / desmotivados);
- para o quarto caso (A gestante que ao passar por ultrassom e questionar sobre o bebê, recebe da médica um papel que reforça que ela deveria ir ao hospital naquele momento) foram associadas às categorias A (Médica agiu corretamente), B (Deveria conversar / explicar), E (Errado / Não se preocupou com a situação da paciente / Transferência de responsabilidade) e J (Médicos trabalham sobrecarregados).

MAC4 - Relação profissional-paciente x condições de trabalho do profissional de saúde

Profissional

A clínica de fato tem ficado de lado, são poucos os profissionais que valorizam uma anamnese e um exame físico bem feitos. Às vezes com um bom exame físico o médico tem mais de 90% do diagnóstico. Os exames de laboratório são complementares da atividade médica, ele tem que colher toda a história do paciente, sintomas, clínica, escutar o paciente, exames nunca serão mais importantes que a clínica médica, nunca vão substituir a dinâmica estabelecida durante o processo da

relação médico-paciente. Noto que alguns médicos não dão atenção aos problemas psicossociais dos pacientes, principalmente os médicos especialistas como ginecologistas e cardiologistas, talvez pela falha na sua formação ou mesmo pelo seu despreparo emocional e/ou espiritual em lidar com problemas que não sejam físicos, falta humanidade e realmente fazer clínica, tem que ouvir, se aproximar, ter empatia da pessoa que esta com alguma necessidade. O paciente se sente muito mais bem atendido quando ele é ouvido. Então dar atenção, elevando a autoestima dele, com carinho, você observa que ele recupera com mais rapidez, porque não é só contato água e medicamento, é o contato com o lado pessoal; explicar brevemente a situação para a mãe, por mais difícil que seja, pode deixá-la menos nervosa do que sua imaginação pode ter construído com o simples encaminhamento urgente para o hospital. É direito dela em saber o resultado do seu exame, e informações ocultas não são éticas. O médico, independente de sua especialidade, tem o dever de prestar esclarecimentos ao paciente sobre todas as condutas a serem tomadas. Entendo que o vínculo e a comunicação profissional-paciente esteja de alguma forma comprometida, evidenciado pelo desconhecimento dos profissionais que a atendem da sua situação dentro de seu domicílio, ou mesmo pela falta de um olhar holístico dos profissionais para reconhecer os fatores que dificultam a adesão ao tratamento. A adesão medicamentosa tem que ser compreendida como um processo conjunto que é estabelecido entre o profissional prescritor e a paciente. Dessa forma, acredito que essa informação que ela traz tem que ser considerada pelo profissional e ambos, em conjunto, devem pensar sobre uma forma alternativa de indicação terapêutica. Precisamos ouvir e conhecer a realidade social do usuário para ter como avaliar a efetividade do tratamento e dentro do possível auxiliar o usuário. Acho que faltou uma melhor explicação por parte do profissional de saúde a cerca da importância da medicação, numa linguagem acessível a seu nível de compreensão. Considero este comportamento um sério problema de relacionamento. É isso que falta, o profissional dentro da necessidade dele ele não consegue dar esse aconchego ao outro. Falta estabelecimento de vínculo bilateral. Porém às vezes acontece do médico não ter tempo para atender, o médico às vezes não tem tempo pois eles trabalham sobrecarregados. Tem médico que atende 50, 60 pacientes, como um médico atende tudo isso, então não é que o médico não quer ouvir corretamente, é que não

tem tempo. Ele tem que se virar em mil, então dependendo do paciente ele até sabe o que o paciente tem, não é que o médico não ouve o paciente, são poucos médicos e o tempo dele é curto. Ele tem agenda superlotada e aqui também tem o agendamento mais o acolhimento, que ele tem que estar parando para ver na sala de medicação. Essa unidade tem uma cobertura de quase 30 mil moradores, e o SUS quase chega a 20 mil, então que tanto de médico, pensa... temos agenda aberta para setembro (para daqui há 2 meses) e o paciente tem necessidade de atendimento, então vai encaixando, o tempo do médico é muito pouco. É realidade, porém deve-se entender que por muitas vezes estes médicos já estão cansados, exausto de atendimentos e plantões, talvez isso entra em rotina e acabam se acomodando apenas na queixa do momento como por muitas vezes no tratar paciente como máquina. E também acho que insatisfação do que faz. A prática do profissional em nível ambulatorial é muito repetitiva e cansativa, o que tende a desmotivar o profissional. Além disso, a prática do atendimento médico ambulatorial, isoladamente, sem outras ações de saúde (como de assistência multidisciplinar, de promoção da saúde, em grupos, atividades fora de ambientes de cuidado, ações com a família e a comunidade, etc.), também tem seu impacto limitado na saúde do paciente. Desse modo, acho que isso se constitui em outro fator desmotivante para o profissional, que consegue visualizar um resultado restrito da sua atuação. É preciso oferecer boas condições de trabalho aos profissionais.

Paciente

Os médicos não conversam mesmo muito com a gente, o atendimento é ruim, não atende direito. Tá na hora do médico mudar sim, conversar com o paciente pra saber o que tem, não pode nem olhar na cara. O médico tem que se inteirar mais com o paciente, pra saber da vida dos pacientes, marcar mais consultas pra tá sabendo o estado deles, porque muitas coisas nem precisaria fazer exame, era só conversar e esclarecer o que a pessoa tá sentindo pra poder passar o remédio. Eles não coloca nem a mão na gente, mal olha na sua cara, pede exame e o que você tem não é resolvido. O paciente é chamado por um número e o profissional não olha nos olhos. O primeiro horário e o último parece que eles estão sempre exaustos para te atender. O diálogo entre o médico e o paciente deveria ser maior, como se os médicos não tivessem muita paciência com os pacientes, isso agrava mais. O

certo seria conversar, estar mais próximo do paciente, perguntar o que o paciente sente. Se eles não conversa quem eles tá consultando?, ninguém né. Eu acho errado porque o paciente fica sem ter explicação, porque se ele não conversa, o paciente tem dúvidas, se tem doença, quer saber as causas. Ele tem que conversar mais com o paciente e fazer exame de escuta, tem que fazer uma avaliação melhor, não simplesmente olhar e prescrever o remédio. O médico porque ele estudou muito ele tem que conversar e entender o paciente pra chegar num acordo com ele, explicar o que estava acontecendo, tinha que esclarecer o fato, ter dialogado. Às vezes a gente não entende, mas eu acho que deveria explicar. Então o médico e o paciente tem que ter diálogo, o que não temos. Mas também acho que isso varia muito de profissional pra profissional, já fui atendida e eles pararem pra conversar. Existem profissionais e profissionais, tem aqueles que atendem bem, mas existem profissionais que você é apenas um número, mesmo no particular tem isso, tem profissionais que não tão nem ai. Varia muito de profissional pra profissional. O que eu falo pra você a diferença, quando você pega um médico mais antigo o tratamento é diferente, eu sei que hoje a correria é grande, mas não dá, acho que é falta de respeito com o ser humano, de ética médica. Acho que eles têm muita pressa pra atender e não atende direito, não examina os pacientes. A saúde está muito banalizada, você procura o pronto socorro pra saber uma resposta, ai chega lá e dizem que tem uma virose e acho que médico não é adivinha, médico é médico, senão não tinha que estudar tanto. Eu acho que o profissional tá envolvendo a vida dele particular na profissão, alguma coisa da vida dele e tá focalizado na vida dele e não do paciente. Não tá com a mente no serviço. Eu acho que tem que diminuir essa carga horária do médico e aumentar o número de médicos no país, porque o médico dentro do nosso país ele se sente rei. Deveria ter mais profissionais porque ai eles teriam mais tempo pra cada paciente, porque tem muito paciente pra ser atendido, a fila é imensa, e se for ficar conversando com o paciente, não acaba nunca. A falta de profissionais, como no caso de dengue, crianças, idosos, e cadê os profissionais, e os profissionais tem que se desdobrar pra fazer várias funções. A falta de profissionais e o fator tempo tem muita importância para atender a todos.

5 DISCUSSÃO

A discussão do presente trabalho vem permeando as ideias da pesquisadora desde o trabalho de dissertação de mestrado, quando iniciou as discussões a respeito da relação entre os dois “universos” existentes na sociedade – os leigos e os técnicos.

No trabalho de mestrado a busca por uma aproximação pode ser constatada como viável na medida em que os resultados do trabalho foram efetivos para auxiliar na prevenção da dengue na Cidade Universitária “Armando de Salles Oliveira” da Universidade de São Paulo, a partir do momento em que se começou a estreitar a relação entre os técnicos e os leigos.

Similarmente, o presente trabalho se propôs a discutir a relação entre técnicos e leigos, porém em outro ambiente – a relação entre os pacientes usuários e os profissionais de uma unidade básica de saúde. Trata-se aqui de tentar entender como cada uma das partes vê, percebe e sente essa relação.

A pesquisa proposta em formato de “mini casos” propiciou ao mesmo tempo um distanciamento e uma aproximação dos diversos sujeitos com a realidade em que vivem, na medida em que alguns dizem o que pensam a respeito da questão e também mencionam alguma experiência vivida por si ou por um parente, para ilustrar ou reforçar a sua resposta, enquanto outros respondem simplesmente fazendo menção a situação proposta – que o sujeito ou o profissional deveriam ou não agir daquele modo, ou como acredita ser a reação ideal daquelas pessoas.

No primeiro mini caso, a importância de consultar o médico a respeito de uma situação de saúde foi indicada por 28,33% dos pacientes e 30% dos profissionais; no que diz respeito a seguir orientação médica, 51,67% e 3,33%, respectivamente enquanto que apenas profissionais mencionam a importância do diálogo, totalizando 36,67%, como no Quadro 5.

Pode-se afirmar que a representação entre os sujeitos pesquisados, no que diz respeito ao papel do médico, enquanto profissional capacitado para tanto, é um fator importante.

Quadro 5 – Dados selecionados dos resultados do primeiro caso da pesquisa realizada de fev a abr. (pacientes) e de jul. a ago. (profissionais) 2014

Resultados	Paciente	Profissional
Consultar o médico	Categoria A – 28,33%	Categoria A – 30%
Conscientização	Categoria D – 1,67%	Categoria D – 16,67%
Conversar	-	Categoria G – 36,67%
Seguir orientação médica	Categoria B – 51,67%	Categoria B – 3,33%

Para o segundo caso, a importância do diálogo foi mencionada por 26,67% dos profissionais, enquanto os pacientes mencionam a importância de seguir orientação médica (6,67%). No que diz respeito ao controle que deve ser exercido pelo profissional, aparece em 16,67% deste grupo e em 13,33% do segundo grupo. Há uma preocupação relatada por 53,33% dos profissionais e 5% dos pacientes no que tange ao trabalho de conscientização da população, conforme Quadro 6.

Quadro 6 – Dados selecionados dos resultados do segundo caso da pesquisa realizada de fev a abr. (pacientes) e de jul. a ago. (profissionais) 2014

Resultados	Paciente	Profissional
Conscientização	Categoria G – 5%	Categoria G – 53,33%
Conversar	-	Categoria K – 26,67%
Controle	Categoria D – 13,33%	Categoria D – 16,67%
Seguir orientação médica	Categoria F – 6,67%	-

No terceiro caso, verifica-se que o diálogo é mencionado por 70% dos profissionais e 71,67% dos pacientes, porém, neste segundo grupo, 16,67% acreditam que conversar não resolva (Quadro 7). Assim, pode-se verificar a grande importância dada ao diálogo, a possibilidade de falar e ouvir, pelos respondentes da pesquisa.

Quadro 7 – Dados selecionados dos resultados do terceiro caso da pesquisa realizada de fev a abr. (pacientes) e de jul. a ago. (profissionais) 2014

Resultados	Paciente	Profissional
Conversar	Categoria A – 28,33% Categoria C – 36,67% Categoria F – 6,67%	Categoria A – 50% Categoria C – 20%
Não conversar	Categoria B – 16,67%	-

Para o quarto caso, a Representação Social a respeito do diálogo aparece em 61,67% dos pacientes e 80,01% dos profissionais, porém 31,67% do primeiro grupo acreditam que conversar não resolve. Além disso, para 26,67% dos profissionais a informação para exercer autonomia é fundamental, como mostra o Quadro 8.

Quadro 8 – Dados selecionados dos resultados do quarto caso da pesquisa realizada de fev a abr. (pacientes) e de jul. a ago. (profissionais) 2014

Resultados	Paciente	Profissional
Conversar	Categoria B – 46,67% Categoria E – 11,67%	Categoria A – 16,67% Categoria B – 56,67%
Conversar – chamar familiar	Categoria C – 3,33%	Categoria C – 6,67%
Conversar – autonomia		Categoria I – 26,67%
Não conversar	Categoria A – 25% Categoria D – 6,67%	-

Observa-se assim que persiste a característica paternalista. Uma significativa parcela da amostra, tanto profissionais quanto pacientes, acredita na tutela sobre o sujeito leigo, no que diz respeito ao controle efetivo sobre a adesão medicamentosa, que implica a imposição de ações individuais e coletivas para que o sujeito efetivamente pratique aquilo que a esfera técnica acredita ser o mais adequado em relação à saúde-doença, como pode ser visto em alguns trechos dos DSCs das macro categorias.

MAC1 Profissional - A grande maioria da população não tem ou não apresenta condições socioeconômicas para atender as necessidades impostas pelos médicos, e o comportamento da paciente é resposta do pouco conhecimento da necessidade de tomar a medicação como foi indicada pelo médico

MAC3 Profissional - Uma das práticas mais habituais no universo médico é o paternalismo durante a relação médico paciente, onde o médico acredita que faz o melhor para o paciente e esquece um direito primordial: autonomia do paciente. Nunca o profissional deve falar com o paciente

usando o princípio de que ele não sabe de nada, toda orientação pode ser entendida de alguma forma, dependendo também do receptor, é claro, mas o profissional precisa tentar encontrar uma forma de linguagem melhor captada pelo paciente.

É possível verificar, contudo, que parte da população, tanto leiga como técnica, representa o problema aqui analisado no sentido de que a relação entre ambos possa acontecer de forma mais adequada, ou seja, que haja mais diálogo como forma a alcançar resultados em conjunto, na busca de uma maior aproximação, na relação profissional de saúde – paciente (e aqui trata-se de todos os profissionais da saúde, não apenas a classe médica, pois é preciso haver uma sintonia entre a equipe de saúde como um todo no trato com o paciente). Destacam-se, a seguir, alguns trechos das macro categorias com relação a essa questão.

MAC2 Profissional - *Se eu fosse ela ia colocar para o meu médico e tentar discutir com ele quanto imprescindível é o medicamento. Eu acho que quando a pessoa procura um serviço de saúde ela tem que escutar o que o médico fala*

MAC2 Profissional - *Pelo lado do profissional acredito que o cuidado com o falar, as orientações necessárias, com certeza é preciso*

MAC4 Paciente - *Os médicos não conversam mesmo muito com a gente(...)Tá na hora do médico mudar sim, conversar com o paciente pra saber o que tem, não pode nem olhar na cara(...) era só conversar e esclarecer o que a pessoa tá sentindo pra poder passar o remédio.*

MAC4 Profissional - *A clínica de fato tem ficado de lado (...)ele tem que colher toda a história do paciente, sintomas, clínica, escutar o paciente, exames nunca serão mais*

importantes que a clínica médica, nunca vão substituir a dinâmica estabelecida durante o processo da relação médico-paciente

Acredita-se que o diálogo é fundamental para melhorar os resultados da assistência à saúde, já que é possível, como consequência, tanto um ganho com relação a otimização de recursos (quando há adesão ao tratamento e isso possibilita o não agravamento do paciente, a redução de custos e o aumento da eficiência e da eficácia dos serviços) quanto na qualidade e resultados do atendimento à população. O trecho a seguir parece fortalecer essa crença.

MAC4 Profissional - *A adesão medicamentosa tem que ser compreendida como um processo conjunto que é estabelecido entre o profissional prescritor e a paciente. Dessa forma, acredito que essa informação que ela traz tem que ser considerada pelo profissional e ambos, em conjunto, devem pensar sobre uma forma alternativa de indicação terapêutica.*

Além do que, na medida em que há otimização de recursos/redução de custos, possibilita-se melhor aproveitamento dos serviços para demais pessoas da comunidade.

Se o diálogo é necessário, há que se avançar no sentido de superar um entendimento convencional do termo "diálogo". De fato, a observação dos DSCs das categorias e macro categorias permite verificar que muitos profissionais acreditam numa forma de diálogo que implica em uma educação em saúde na qual a população deva ser "educada" exatamente na direção que o técnico tem interesse, sem levar em consideração a autonomia deste paciente, seus conhecimentos e seus anseios. Alguns exemplos podem ser destacados:

MAC3 Profissional - *Há falta de conscientização da doença e da importância do tratamento e de informação sobre agravamento se falhar o tratamento. Talvez estejam sendo mal*

orientados, falta estabelecimento de vínculo bilateral, talvez com mais conversa, com mais orientação, eles não fariam isso

MAC3 Profissional - *O acompanhamento desse paciente precisa ser tratado com muito cuidado, cautelosamente, juntamente com sua família, educando-o e os que compõem sua família, fazendo todos envolvidos entenderem o porquê do tratamento.*

Assim, embora durante a presente pesquisa haja sinais de alento, o que é possível identificar no seu decorrer, é a vigorosa dualidade das duas lógicas (médico-sanitária e de senso comum).

De um lado as representações sociais indicam expectativas e caminhos surgem, por exemplo, a importância do diálogo, a importância fundamental da informação para a autonomia. Mas essas mesmas representações sociais, na medida em que expressam a maneira como a sociedade, por meio dos atores sociais que a compõem, pensa, sente e age, expõem os contrapontos às expectativas expressas anteriormente, como passividade e submissão (por exemplo, seguir orientação médica; diálogo não resolve).

Ora, como aponta Lefevre (2007) com precisão, a dualidade das lógicas é um impasse de natureza estrutural, isto é, socialmente toda e fortemente costurada. Como todo aparelho de dominação, muito bem estruturada e onipresente, e com as necessárias válvulas de segurança, portanto realmente consistente.

Por exemplo, quando se discute a questão da autonomia, tem-se como premissa básica a necessidade da informação para o seu exercício. Os mecanismos de preservação social, no entanto, estão ali para coibir o compartilhamento da informação: o limite de tempo por consulta aborta, por exemplo, a ampliação do diálogo que resulte em mais informações, e dificulta a redução do uso da tecnologia, que mantém o paciente impossibilitado de discutir com o médico, da mesma forma funcionam para a preservação; uma estrutura organizacional das unidades básicas de saúde que inviabiliza mudanças quando contrapõe o atendimento rápido (20 minutos) ao não atendimento (de alguns); determina-se socialmente um discurso politicamente correto (diálogo é importante, por exemplo), que vai funcionar por

muito tempo como uma válvula de segurança para preservação do status quo, e são estimulados os "distintivos sociais", para lembrar e tentar eternizar a dualidade dos discursos – um médico dificilmente se chama José ou Maria, mas quase sempre Dr. José ou Dra. Maria. Completa-se o esquema de congelamento de tal status quo, com a dificuldade de acesso à escolarização eficiente, o que faz com que muitos dos pacientes tenham dificuldade de acesso, bem como de interpretação às informações.

Tal aparato de dominação pode ser observado, também, quando se discute a importância da comunicação na aproximação das duas lógicas. Pascal (2011) afirma que quanto mais o público estiver informado e envolvido, maior a probabilidade de passar de agente passivo a participante ativo nas decisões sobre sua saúde, resultando em melhores cuidados de saúde, e saúde para todos. Dificultam, no entanto, tal transição na comunicação a disparidade de competência e motivação entre técnicos e pacientes – e também dentro de cada grupo – tem-se, por exemplo, em um mesmo caso da pesquisa, respostas antagônicas, apontam a importância do diálogo em contraposição à afirmação que o diálogo não funciona; as dificuldades de acesso às informações e de interpretação das mesmas, conforme apontado anteriormente; a ausência do elemento afetivo que qualifica o diálogo, decorrente da falta de tempo; a própria cultura organizacional da unidade básica de saúde, por suas peculiaridades e função organizacional, além de práticas assistenciais isoladas, sem outras ações que auxiliem no processo saúde-doença do paciente.

Quando são focadas as macro categorias, os principais problemas e expectativas são os já apontados pelos motivos anteriormente explicados: relação norteadas por paternalismo, tutela ("educação em saúde"), imposição, negação da autonomia, atendimento isolado não complementado por outras práticas que resultam, com muita frequência, em não adesão a tratamentos, expectativas como maior diálogo em que seja possível a compreensão, orientação e foco clínico, priorizado sobre o tecnológico; e o monitoramento dos resultados de assistência à saúde, que identifique os respectivos níveis de adesão.

A questão da dualidade é, portanto, bastante complexa, pois, para aproximar as lógicas, há necessidade do exercício da autonomia, que depende de liberdade e competência; de informação que depende de acesso e compreensão; e de

superação de mecanismos sociais de preservação do status quo, que embargam tal evolução.

Assim a assistência precisa ser reformulada, para que tanto profissionais como usuários passem a entender essas questões de maneira diversa daquela que ocorre atualmente. Os dois lados precisam enxergar o papel de cada um individualmente e conjuntamente para que essa relação tenha a possibilidade de ser entendida de maneira menos hierarquizada, menos desnivelada ou verticalizada e para que seja fortalecida uma forma mais horizontal, onde prevaleça o diálogo e o comum acordo.

Numa cultura como a contemporânea em que todos aceitam a primazia da ciência e da técnica, a classe médica está preservada enquanto entidade autorizada, com poder para legislar sobre a saúde e a doença, na medida em que as pessoas acreditam que o profissional é o detentor do conhecimento necessário para auxiliá-lo no processo de “cura” ou de “entendimento da doença”.

Assim sendo, é fundamental que “a definição da realidade seja formulada por agentes autorizados, isto é, por agentes que tiraram sua autoridade do capital simbólico mais ou menos importante que eles próprios acumularam graças a veredictos das instituições do campo considerado, das quais aparecem como porta-vozes” (BONNEWITZ, 2003, p. 102).

Porém, certamente a esfera técnica não tem o domínio sobre toda a verdade. O sujeito, aquele que adoece, que sente o processo saúde-doença em seu corpo, tem e acredita ter o direito a participar da tomada de decisão daquilo que lhe diz respeito.

E no mundo contemporâneo esse sujeito, cada vez mais não aceita as imposições sem questionamentos já que tem mais acesso, possui informações e conhecimentos maiores, discute com outras pessoas, enfim também “faz parte”.

Em suma pode-se dizer que a questão do compartilhamento de informação está diretamente relacionada ao poder. Assim, para que haja possibilidade de uma aproximação entre as lógicas médico-sanitária e do senso comum, há necessidade de compartilhar e compartilhar significa dividir este poder. As duas partes precisarão aprender a conviver com esse novo modo de relação e talvez o que possa colaborar com esse processo seja a negociação (como menciona RIVERA, 2003), mas da qual ambos (profissionais e pacientes) saiam “vitoriosos”. Observe-se, contudo que

o compartilhamento de informações deve, antes de tudo, ser efetivado entre os diferentes profissionais da unidade de saúde, para que esse compartilhamento possa acontecer de maneira “uniforme” entre profissionais e pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Há, hoje, sinais evidentes de mudança que podem ser mobilizados e aproveitados para que seja mitigada e relativizada a verticalidade ainda fortemente presente nas relações entre especialistas e leigos no campo da saúde e da doença.

O fato mais importante a este respeito é a constatação de que (graças entre outras coisas à internet) vivemos numa cultura contemporânea onde as informações (de um modo geral e muito particularmente no que toca à saúde e doença) e mesmo o conhecimento passam a extravazar largamente as zonas confinadas onde ficavam circulando apenas a serviço dos especialistas iniciados.

Apesar do caráter relativamente anárquico e descontrolado de tal extravasamento, isto é claramente uma condição geral que pode favorecer a autonomia e o fortalecimento do homem comum para que consiga assumir mais o controle de seu corpo e da sua corporeidade.

Por outro lado, presencia-se claramente a quebra da autoridade médica única como fenómeno de mercado, decorrente do avanço da própria concorrência entre profissionais e serviços hospitalares, que dá lugar ao conhecido fenómeno do "direito a uma segunda opinião". Ora isso certamente deixa espaço para o fortalecimento da lógica do senso comum, na medida em que implica a necessidade de uma decisão leiga sobre que percurso curativo ou preventivo o cidadão comum deve seguir no manejo da sua saúde ou da sua doença.

E nada impede que tal concorrência (favorecedora da autonomia) se instale no interior dos serviços públicos de modo que o usuário destes serviços possa dispor de alternativas curativas e preventivas entre as quais possa optar.

Percebe-se, ainda, avanços claros, inclusive legais, no que toca ao direito do paciente à informação técnica relativa à sua saúde e doença, que seja passível de ser compreendida por um leigo e a consciência da necessidade de cada vez mais os indivíduos batalharem pelo exercício desse direito.

Estas são as chamadas condições objetivas que caracterizam alguns importantes aspectos da realidade atual e que permitem pensar que a mudança é possível.

Há, todavia um longo caminho a trilhar para tornar efetivo o que é possível; os dados da presente pesquisa mostram que há necessidade ainda de um significativo esforço de mudança de consciência entre médicos e demais profissionais de saúde bem como entre pacientes leigos na direção do desejado compartilhamento.

Considerando-se este cenário em que as mudanças são processos complexos, algumas formas possíveis para colocar em prática esta aproximação, por exemplo, para as consultas médicas que são programadas para acontecerem dentro de vinte minutos, e não havendo possibilidade de aumento, a solução pode ser repensar a forma de atendimento, em que o profissional buscaria estar mais atento tanto às questões que os pacientes trazem, até mesmo estimulando-os para melhoria do processo, quanto na informação que passa a eles, para que seja suficiente e na forma que possa ser absorvida e processada.

Pensando-se nas práticas e políticas governamentais, há aquelas que desestimulam o comprometimento com a autogestão da saúde, como por exemplo, a vacina contra a dengue, na medida em que vai, em sua maior área de ação, suprir comportamentos sanitários inadequados da população.

Na área da saúde existem alguns projetos que proporcionam a geração de conhecimento, como por exemplo, em pesquisas, momentos em que o paciente tem sua parcela importante de participação, a ele é dado todo o crédito, na medida em que é ouvido cuidadosamente. Sendo assim, há possibilidade de que isso passe a ocorrer cotidianamente.

Sem dúvida há que se pensar em um processo de mudanças por meio de ações gerenciais e educacionais, em que ocorresse sensibilização das duas partes, informação e comunicação, proporcionando construção conjunta de conhecimentos necessários e sua respectiva apropriação para que faça sentido no dia-a-dia. Estas questões devem estimular as duas partes a buscar um aprimoramento das relações, utilizando-se de tecnologia para auxiliar esse processo como, por exemplo, por meio da internet, ter acesso a sites, e-mails, e até mesmo o uso de *e-learning*.

Proceder a implantação de controles e avaliação de desempenho do profissional de saúde, voltados para esta nova realidade, onde a adesão ao tratamento poderia ser um índice utilizado como instrumento de avaliação.

A gestão da unidade de saúde, por exemplo, se encarregaria de auxiliar esse processo, facilitando e proporcionando acesso a recursos que podem ajudar na solução de problemas; envolver as duas partes (profissionais e pacientes) para que juntas possam encontrar melhores caminhos.

Pode-se dizer que, de maneira geral, o paciente espera do profissional da saúde, ter todas as suas necessidades solucionadas/atendidas. Na realidade esta não é a maneira mais eficaz de relação. Como já discutido, a saúde pública conformou dois grupos distintos – técnicos e leigos. Porém, esses dois grupos participam do mesmo ambiente, precisam conviver. Além disso, é fundamental lembrar que, de modo geral, segundo a psicologia, as pessoas, apesar de diferentes, comportam-se da mesma maneira, possuem desejos, necessidades, receios e motivação, em busca de metas, que aí sim são específicas e diferentes. Segundo essas premissas básicas, pode-se dizer que as pessoas, embora pertencentes a grupos distintos, precisam conviver e fazer do local partilhado, onde as situações, problemas e configurações são únicos, um espaço de convivência mútua.

Para tanto, faz-se necessário entender que os grupos distintos, tendo que conviver, precisam entender que o problema é crucial a ambos, e desenvolver novas maneiras de encarar esses problemas, estabelecer uma relação igualitária.

Lembrar que o planejamento deve ser uma construção conjunta, pois na medida em que se envolvem as pessoas hoje para pensar no amanhã, existe a probabilidade de proporcionar resultados inesperadamente positivos.

Algumas etapas são fundamentais para que esse processo possa alcançar melhores resultados.

Convidar as pessoas a participar, partir da realidade (onde estamos, o que temos - de bom e de ruim), analisar aonde se quer chegar, quais resultados se pretende/deseja atingir.

Para que isso possa acontecer é necessário, entre outras coisas, o desenvolvimento de algumas competências como proporcionar a formação/capacitação continuada do profissional de saúde com ênfase no aperfeiçoamento da relação entre profissional e paciente para que este possa se tornar um partícipe na mudança do seu estado de saúde e na gestão do mesmo, o que implica a presença nos currículos de matérias e atividades de desenvolvimento

de estratégias comunicativas que incrementem nos profissionais a capacidade de reconhecer a existência do "outro" e de ouvir o que este tem a dizer, desenvolver a comunicação e a aprendizagem de trabalho em grupo das duas partes, que vão colaborar no processo de entendimento da autonomia, no aumento da participação e no empoderamento dos usuários.

Acredita-se que este processo, longe de ser simples, exige um esforço de reconstrução das representações sociais existentes nessa comunidade/sociedade sobre a temática em tela.

Porém, entende-se que há possibilidades destas questões serem efetivadas, na medida em que, como pode ser observado nos discursos dos sujeitos pesquisados, de modo geral eles entendem a importância da comunicação e da informação significativa, acreditam que é possível fazê-la acontecer de maneira mais adequada, e o profissional é tido como aquela pessoa capacitada para o exercício, o que talvez demonstre uma predisposição dos sujeitos no sentido de se alcançar melhores resultados para a saúde pública.

Não parece haver uma solução única para o problema, mas sim um conjunto de ações coordenadas dos diversos atores envolvidos no processo, para se conseguir colocar as duas lógicas em diálogo, com resultados que possam ser considerados promissores para a saúde pública.

Como recomendação final, sugere-se em função da riqueza proveniente dos Discursos do Sujeito Coletivo gerados na pesquisa (para os quais muito contribuiu o uso de casos nas perguntas), a elaboração, com o uso dos conteúdos narrativos destes DSCs, de materiais didáticos e de divulgação destinados a especialistas e ao público em geral, utilizando inclusive meios eletrônicos, com o objetivo de fazer avançar a proposta do compartilhamento.

7 REFERÊNCIAS

Arbuthnott, A.; Sharpe, D. The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Education and Counseling*. 2009; 77:60-67.

Arruda, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad. Pesquisa [periódico na internet]*. 2002 [acesso em 04 dezembro 2011];117:127-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>.

Barreira, W. Era da informação: Tudo ao mesmo tempo agora. *Rev. Super Interessante*. 1994 set [acesso em 02 janeiro 2015];84. Disponível em: <http://super.abril.com.br/tecnologia/era-informacao-tudo-ao-mesmo-tempo-agora-441027.shtml>

Bittencourt, RN. Entrevista – Zygmunt Bauman: A aflição de uma vida líquida. *Rev Filosofia Ciência & Vida [periódico na internet]*. 2011 [acesso em 17 agosto 2014];58. Disponível em: <http://filosofiacienciaevida.uol.com.br/ESFI/Edicoes/58/artigo214649-1.asp>.

Bonnewitz, P. Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bordieu. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Bourdieu, P.; Passeron, JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

Cabecinhas, R. Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia [periódico na internet]*. 2004 [acesso em 04 dezembro 2011];14(28):125-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/03.pdf>

Castiel, LD. Saúde, Longevidade e Genética: um olhar biopolítico. In Santos RV, Gibbon S e Beltrão JF, organizadores. *Identidades emergentes, genética e saúde: perspectivas antropológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

Castells, M. A sociedade em rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura. Vol.1. 6.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

Choo, CW. A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significados, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: Senac, 2003.

Davenport, TH. Tecnologia da Informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. 3ª reimpr. São Paulo: Futura, 2001.

Davenport, TH.; Prusak, L. Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

Eco, U. Obra aberta. São Paulo: Perspectiva. 1969.

Edvinsson, L. Longitude corporativa: navegando pela economia do conhecimento. São Paulo: M.Books, 2003.

Figueiredo, MFS.; Rodrigues Neto, JF.; Leite, MTS. Educação em saúde no contexto da saúde da família na perspectiva do usuário. Interface – Comunic, Saude, Educ. abr./jun.2012;16:(41):315-29.

Fortes, PAC.; Zoboli, ELCP. Bioética e Promoção de Saúde. In: Lefèvre F., Lefèvre AMC. Promoção da Saúde – a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2007. p.147-63.

Herzlich, C. A Problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. [periódico na internet]. 2005 [acesso em 04 dezembro 2011];15(Supl):57-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>.

Le Breton, D. Antropologia do corpo e modernidade. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

Lefèvre, F. Lógica sanitária e lógica do senso comum: por um diálogo com tecnologia. In: Lefèvre, F; Lefèvre, AMC; Ignarra, RM. O conhecimento de intersecção – uma nova proposta para as relações entre a academia e a sociedade. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP e Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo; 2007, p.17-23.

Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC. O discurso do sujeito coletivo – um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs; 2003.

Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC. Promoção de saúde – a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2007.

Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC. O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC. Pesquisa de representação social – um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Brasília: Líber Livro; 2010.

Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC. Curso teórico prático de introdução ao discurso do sujeito coletivo e ao software qualiquantisoft. São Paulo; 2014. [Apostila do curso – IPDSC-Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo].

Lofego, J.; Pinheiro, R. Comunicação e informação no controle do câncer de colo uterino no Brasil: uma análise sob perspectiva da integralidade em saúde. RECIIS. Rio de Janeiro [periódico na internet]. 2013 [acesso em 08 janeiro 2014];6(4). Disponível em: [http:// www.reciis.iciict.fiocruz.br](http://www.reciis.iciict.fiocruz.br)

Marteleto, R.; Couzinet, V. Mediações e dispositivos de informação e comunicação na apropriação de conhecimentos: elementos conceituais e empíricos a partir de olhares inter cruzados. RECIIS. Rio de Janeiro [periódico na internet]. 2013 [acesso em 08 janeiro 2014];7(2). Disponível em: <http://www.reciis.iciict.fiocruz.br>

Martínez, AG.; Ramírez, DDB. La comunicación en salud: un campo en construcción en Mexico y America Latina. Recuento y resenã de productos finales recientes elaborados. RECIIS. Rio de Janeiro [periódico na internet]. 2013 [acesso em 08 janeiro 2014];6(4). Disponível em: <http://www.reciis.iciict.fiocruz.br>

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.488. 2011 outubro 21 [acesso em 22 julho 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Modernização de Hospitais Universitários. 2013 fev 27 [acesso em 13 setembro 2013]. Disponível em: http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/salaimprensa/home/imprensa_lenoticia.php?id=226484.

MOURA, JC. Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico [dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina da USP; 2012.

Neves, WS. A era da informação e do conhecimento. 2010 mai 06 [acesso em 02 janeiro 2015]. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/a-era-da-informacao-e-do-conhecimento/44706/>

Pascal, WJ. Providing the Public with Reliable Health Information: A Key Priority for Health Canada. In: Healthcare Information Management & Communications. 2001; XV:19-22

Pallares-Burke, MLG. Entrevista com Zygmunt Bauman. Tempo Social – USP. São Paulo [periódico na internet]. 2004 [acesso em 17 agosto 2014];16(1):301-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v16n1/v16n1a15.pdf>.

Pessoni, A. Inovações na comunicação entre neopacientes e profissionais de saúde. In: Pessoni, A.; Perazzo, PF, organizadores. Neorreceptor no fluxo da comunicação. Porto Alegre: EDIPUCRS [recurso eletrônico]. 2013 [acesso em 29 setembro 2014]; 137-51. Disponível em <http://www.pucrs.br/edipucrs>.

Prado, A. Zygmunt Bauman. Revista Isto É Online. [periódico na internet]. 2010. [acesso em 17 agosto 2014]. Disponível em: http://www.istoe.com.br/assuntos/entrevista/detalhe/102755_VIVEMOS+TEMPOS+LIQUIDOS+NADA+E+PARA+DURAR.

Ramos, MNP. Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. RECIIS. Rio de Janeiro [periódico na internet]. 2012 [acesso em 08 janeiro 2014];6(4). Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br>.

Rivera, FJU. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz, [recurso eletrônico]. 2003 [acesso em 29 dezembro 2014]. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

Santos, NB. Comunicação, educação e promoção da saúde na internet. Cad. Mídia e Saúde Pública. 2007; 2:38-48.

Schindler-Rainman, E.; Llippitt, R. Construindo comunidades colaborativas. In: Weisbord, MR. E col. Descobrimos uma base comum. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1996, p.39-48.

Silva, WM. Transformar é preciso: transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente (um estudo em comunidades virtuais) [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Teixeira, JAC. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde-Utentes Aná. Psicológica. Lisboa. [periódico na internet]. 2004. [acesso em 08 janeiro 2014]:22(3):615-20. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>

Thorne, SE.; Harris, SR.; Mahoney, K.; Con, A.; McGuinness, L. The context of health care communication in chronic illness. Patient Education and Counseling. 2004; 54:299–306.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de apresentação de teses. 2. ed. atualiz. São Paulo; 2015. [acesso em mar 2015]. Disponível em: <http://143.107.174.39/html/pt/paginas/guia/home.htm>.

Valor Econômico. 2013 setembro 12. [acesso em 13 setembro 2013]. Supl. Saúde. Disponível em: <http://www.valor.com.br/impreso/20130912#132990>.

Weisbord, MR. Inventando a conferência de busca. In: Weisbord, MR. et al. Descobrindo uma base comum. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1996, p.21-37.

Zoboli, ELCP. O sujeito da saúde e da doença e sua autonomia: enfoque bioético. In: Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC.; Ignarra, RM. O conhecimento de intersecção – uma nova proposta para as relações entre a academia e a sociedade. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP e Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo; 2007, p.24-32.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Em busca de uma aproximação entre a lógica sanitária e a lógica do senso comum: um estudo de representação social junto a profissionais e usuários de uma Unidade Básica de Saúde

Pesquisador Responsável: Carla Cristina Tze Jú Cavalcanti

Este projeto tem o objetivo de conhecer como as pessoas percebem a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Para tanto será necessário realizar uma pesquisa sobre a representação social dos profissionais e usuários de uma unidade de saúde, no que diz respeito à relação profissional-paciente, e desta forma contribuir para que os resultados dessa pesquisa possam ser aplicados em atividades que envolvam a comunicação em sua forma mais interativa.

Durante a execução do projeto pode haver uma probabilidade mínima de ocorrência de riscos aos entrevistados, de fatores que eventualmente excedam a possibilidade de controle do pesquisador.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
- procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto de pesquisa.

() Aceito

() Não Aceito

2) Nome

3) Idade

4) Sexo☐ Masculino☐ Feminino**5) Escolaridade**☐ Ensino Fundamental incompleto☐ Ensino Fundamental completo☐ Ensino Médio incompleto☐ Ensino Médio completo☐ Superior incompleto☐ Superior completo☐ Especialização☐ Mestrado☐ Doutorado**6) Profissão / Função****7) Se profissional da saúde:****a) Qual a sua especialidade?****b) Qual a sua carga horária semanal na unidade de saúde?****c) Qual o tempo de exercício profissional na unidade de saúde?****8) Se usuário:****a) Em que momentos utiliza os serviços do posto (marque todos os serviços que você utiliza)**☐ Consulta Médica Agendada☐ Acolhimento☐ Exames☐ Inalação / Medicamentos / Curativos☐ Acompanhamento Gestação☐ Vacina☐ Procedimento Cirúrgico☐ Farmácia – retirar medicamentos☐ Atividades de prevenção**b) No posto, utiliza os serviços como consulta com outros profissionais? Especifique quais os profissionais.**

c) No posto, utiliza outros serviços como participar de atividades de prevenção? Especifique de quais atividades participa.

9) Numa pesquisa de doutorado cujo objetivo era saber como os pacientes hipertensos lidavam com o fato de terem de tomar medicamento a vida inteira, uma senhora idosa entrevistada disse que ela não conseguia tomar um comprimido por dia, como o médico recomendara, porque o medicamento a fazia urinar muito frequentemente e o banheiro na sua casa era no andar de cima, o que quer dizer que ela tinha que estar todo o tempo subindo a escada. Então ela havia decidido tomar só meio comprimido. Profissional - Como você interpretaria este comportamento de senhora idosa? Paciente - O que você acha dessa história?

10) Hoje, no tratamento da tuberculose, o paciente deve tomar os medicamentos na frente do profissional de saúde. Muitos pacientes fingem que tomam escondendo os comprimidos debaixo da língua. Quando o profissional vai embora eles cospem o medicamento. Profissional - Como você interpretaria este comportamento? Paciente - O que você acha disso? Fale um pouco sobre isso?

11) Nos dias de hoje nas consultas médicas os médicos conversam cada vez menos com os pacientes e para descobrir o que eles têm, costumam passar para eles uma bateria de exames. Profissional e Paciente - O que você acha disso? Fale um pouco sobre isso.

12) Um dia a Lucinha tinha hora marcada para fazer acompanhamento pré-natal. Já estava no sétimo mês de gravidez, com uma barriga bem grande. Durante o ultrassom achou a médica muito calada. Quando terminou Lucinha perguntou: e aí doutora, como está o meu bebê? A médica, preocupada com a situação da Lucinha, sabendo que não tinha muito tempo para explicações que provavelmente não seriam entendidas pela paciente, e pensando no bem estar dos dois, mãe e bebê, resolveu encaminhar a Lucinha o mais rápido possível, respondendo: você precisa ir ao hospital para ser internada imediatamente. A médica entregou-lhe um papel e reforçou que ela deveria ir ao hospital naquele momento. Profissional e Paciente - O que você acha disso? Fale um pouco sobre isso.

ANEXO 2

CONVITE ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE

Prezado (a) Sr. (a),

Meu nome é Carla Cavalcanti, sou aluna de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP), e busco, por meio de uma pesquisa de representação social, conhecer como usuários e profissionais do Centro de Saúde Paranapanema percebem a relação profissional-paciente.

A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP e autorizada pela Secretaria de Saúde do município de Campinas.

Venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa. Para respondê-la será necessário utilizar um computador com acesso à internet e seguir os seguintes passos:

1. Acesse a internet no endereço:
<http://qlqt.ipdsc.com.br/qlqt/detalhespesquisa.php?id=172>
2. Abrirá uma página com os detalhes da pesquisa. Vá até o final e clique em “responder” (a pesquisa é composta de perguntas fechadas e abertas)
3. Procure responder as perguntas abertas evitando respostas muito curtas, com apenas uma frase. Sempre que possível justifique suas respostas
4. Ao final você encontrará uma caixa com os dizeres “enviar minhas respostas”. Clique nesta caixa para enviar as suas respostas.
5. Após abrirá uma página com informações a serem preenchidas. Depois de preenchê-las, clique em “Salvar e Finalizar”.

Caso tenha alguma dúvida, segue anexo um “passo a passo” para que possa acessar o sistema.

Agradeço a sua colaboração.

Carla Cristina Tze Jú Cavalcanti
Pesquisadora

ANEXO 3

Instruções para participar da pesquisa de Saúde Pública em UBS

Para responder a pesquisa, clique no link abaixo, ou, se preferir, copie e cole no seu navegador de internet:

<http://qlqt.ipdsc.com.br/qlqt/detalhespesquisa.php?id=172>

A página que irá aparecer é a seguinte:

The screenshot shows the QLQT On-Line interface. The browser address bar displays the URL: qlqt.ipdsc.com.br/qlqt/detalhespesquisa.php?id=172. The page header includes navigation links: Home, Solicitar acesso, Central de Ajuda, Termos de Uso, and Contato. The main content area is titled 'Detalhes da Pesquisa' and contains the following information:

- Nome da Pesquisa:** Pesquisa de Saúde Pública em UBS
- Pesquisador:** Carla Cristina Cavalcanti
- E-mail da Pesquisadora:** carlacavalcanti@usp.br
- Instituição:** Faculdade de Saúde Pública - USP
- Afiliação:** Aluna de Doutorado
- Resumo:** Pretende-se, com a presente pesquisa, buscar a representação social dos profissionais de uma unidade de saúde, como também a representação dos usuários dessa mesma unidade, para conhecer o que cada um desses grupos pensa a respeito da relação profissional-paciente.
- Orientador:** Fernando Lefevre
- Departamento:** Clínica de Saúde Pública
- Data Limite:** Pesquisas devem ser enviadas até: 01/02/2014

Below the details, there is a section titled 'Responder esta Pesquisa' with the text: 'Como é uma pesquisa aberta composta de 26 questões, para respondê-la, clique no botão abaixo:'. A red arrow points to the 'Responder' button.

Clique em “Responder”

A seguir aparecerá a página com as questões a serem respondidas, conforme abaixo:

Basta você ir rolando a página para baixo e ir respondendo as questões. Para as questões abertas, procure respondê-las evitando respostas muito curtas, com apenas uma frase. Sempre que possível justifique suas respostas.

No final, você encontrará uma caixa com “Enviar minhas respostas”.

Clique nesta caixa para que suas respostas sejam enviadas.

Após abrirá uma página solicitando algumas informações. Depois de preenchê-las, clique na caixa “Salvar e Finalizar”.

Obrigada por participar da pesquisa.
Carla Cavalcanti

CURRÍCULO LATTES – PESQUISADORA

CURRÍCULO LATTES – ORIENTADOR