

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MELANCIA É FRUTA?

**UM ESTUDO SOBRE OS ENCONTROS E DESENCONTROS NAS
RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTES EM JAGUARI/RS.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Helen Lúci Taschetto Bolzan

Santa Maria, RS, Brasil.

2011

MELANCIA É FRUTA?

**Um estudo sobre encontros e desencontros nas relações
médico-pacientes em Jaguari-RS.**

Helen Lúci Taschetto Bolzan

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Área de Concentração Cultura e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial com vistas à obtenção do título de
Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mari Cleise Sandalowski

Santa Maria, RS, Brasil.

2011

B694m Bolzan, Helen Lúci Taschetto

Melancia é fruta? Um estudo sobre encontros e desencontros nas relações médico-pacientes em Jaguari-RS / por Helen Lúci Taschetto Bolzan. – 2011.
167 f. ; il. ; 30 cm

Orientador: Mari Cleise Sandalowski

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, RS, 2011

1. Ciências sociais 2. Relacionamento médico-paciente 3. Saúde-doença
I. Sandalowski, Mari Cleise II. Título.

CDU 316.47:614.253

Ficha catalográfica elaborada por Cláudia Terezinha Branco Gallotti – CRB 10/1109
Biblioteca Central UFSM

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Sociais**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

MELANCIA É FRUTA?

**UM ESTUDO SOBRE ENCONTROS E DESENCONTROS NAS RELAÇÕES
MÉDICO-PACIENTES EM JAGUARI-RS**

elaborada por
Helen Lúci Taschetto Bolzan

como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Ciências Sociais

Comissão Examinadora

Mari Cleise Sandalowski, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Renato de Oliveira, Dr. (UFRGS)

Fátima Cristina Vieira Perurena, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 27 de abril de 2011.

AGRADECIMENTOS

Como agradecimento a todos àqueles que ajudaram a construir esse trabalho e que possibilitaram que o mesmo fosse concluído, dedico essa dissertação de mestrado.

Primeiramente agradeço aos **filhos Giordano e Bárbara** pela paciência em todo o percurso desse trabalho e ao **Milton**, companheiro de todas as horas, por todo o apoio.

Aos **professores do mestrado**, que acolheram essa aluna “estrangeira” e tiveram paciência com as falhas de conhecimento na área.

À **professora Zulmira** pela acolhida inicial.

À **professora Fátima** por toda dedicação e carinho, pelos livros emprestados, pelo apoio incondicional.

A todos os **colegas do mestrado**, pelas explicações especiais, pela paciência e acolhimento, especialmente das colegas da linha de pesquisa.

À **Paola Stuker** pela parceria e ajuda.

À **Prof. Mari Cleise**, muito obrigada por me aceitar no meio do percurso e me ajudar em todos os momentos, sendo figura fundamental para que esse trabalho pudesse ser construído.

Por fim, a todos aqueles que abriram suas casas e seu coração para contarem suas histórias e conversarem sobre seus males e que possibilitaram que se conhecesse um pouco mais dos seus mundos.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Sociais
Universidade Federal de Santa Maria

MELANCIA É FRUTA?

Um estudo sobre encontros e desencontros nas relações médico-pacientes em Jaguari-RS.

AUTORA: HELEN LÚCI TASCHETTO BOLZAN

ORIENTADORA: MARI CLEISE SANDALOWSKI

Data e local da defesa: Santa Maria, 27 de abril de 2011.

A relação médico-paciente se constitui num encontro de representações de dois sujeitos, muitas vezes separados cultural e socialmente. O ator social age à medida que interpreta o mundo à sua volta e essa interpretação se dá conforme a apreensão de uma realidade socialmente constituída, segundo seu sistema de valores, suas crenças e percepções. Pacientes entendem simbolicamente a doença, em função de suas atividades e seus cotidianos, de seus mundos e experiências e como a vivem a interpretam. Os médicos se baseiam em nossa cultura ocidental, no modelo biomédico hegemônico, construído sob as bases do cartesianismo, na dicotomia mente-corpo e na racionalidade científica. Essa pesquisa procurou compreender as percepções dos pacientes a respeito da sua doença, das causas de seu adoecimento, se sente-se cuidado, se acredita na cura e como o paciente viu atendidos anseios e expectativas que o levaram até a consulta. Para dar conta desse objeto utilizou-se a metodologia qualitativa, sendo a entrevista semi-estruturada o instrumento de coleta de dados e a observação em sala de espera um importante auxílio no entendimento do objeto. A análise das falas baseou-se no método do Discurso do Sujeito Coletivo, de Lefrèvre & Lefrèvre, onde são extraídas as ideias-centrais e as expressões-chave das falas e constituído o Discurso Coletivo. Pode-se observar que os pacientes “obedecem” a seus médicos porque acreditam na autoridade técnica e moral que possuem na relação. As orientações médicas são seguidas em sua maioria, exceto quando entram em conflito com o cotidiano dos pacientes e esses não conseguem seguir as orientações por limitações econômicas ou de entendimento das orientações. Embora os usuários da unidade de saúde pesquisada tenham críticas em relação ao tipo e à forma de atendimento médico que são construídos durante a relação médico-paciente, são estes mesmos pacientes que reconhecem como legítima a prática médica “tradicional”. Desse modo, a definição do que representa o tipo ideal de profissional da medicina, ou seja, quem os informantes definem como sendo o bom médico, refere-se àquele profissional que se mantém distante durante a consulta, o qual utiliza uma linguagem técnica e que não estabelece uma relação de proximidade e de contato corporal com o paciente, ou seja, que representa uma autoridade social, legitimidade pelo Estado e pela própria sociedade.

Palavras-chave: Representações sociais. Relações médico-pacientes. Saúde-doença.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Pos graduation program *Strito Sensu* in Social Science
Universidade Federal de Santa Maria

IS WATERMELON A FRUIT?
**A study about agreements and disagreements in the relationship between
doctors and patients in Jaguari-RS.**

AUTHOR: HELEN LÚCI TASCHETTO BOLZAN
ADVISOR: MARI CLEISE SANDALOWSKI
Date and Local of Defense: Santa Maria, April 27th 2011

The relationship between doctors and patients are represented by two individuals, many times, cultural and socially disconnected. The social actor acts interpreting the world that surrounds him/her according to some values, beliefs and perceptions transmitted by the reality socially constituted. Patients normally understand the illness according their daily activities, point of view and experiences. On the other hand, doctors are basing their ideas in the occidental culture, in the hegemonic biomedical model, build based on Cartesian's ideas, on mind-body dichotomy and on scientific rationality. In this meeting, many social representations are building along a clinical consultation. This research aims to understand patients' perceptions about their illness, concerning the reasons why it happened, the cure expectations and their opinion about the consultation. In order to carry out this study, a qualitative methodology was used based on observations in the waiting room and interviews to collect the data. The speech acts revealed in the interviews were analyzed based on Lefrèvre & Lefrèvre ideas about the Collective Subject Discourse. The research revealed that patients "obey" the doctors because they believe in the moral and technical authority of the professionals. In the majority of the cases, the doctor's orientations are followed, unless they face economic obstacles or problems in the understanding of the orientations. At the same time that patients criticize the doctors' attendance, they know how to recognize the legitimate and "traditional" medical practice. In conclusion, the study revealed that, according to the patients, the best kind of health professional is the one that supports a distant relationship during the consultation, avoid contact with the patient and utilizes a technical language to prescribe the medicine reinforcing his/her role as a social authority to the State and to society.

Key-words: Social representations. Relationship between doctor and patients. Health-illness.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Critérios de avaliação sobre o médico.....	83
---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Solicitação de permissão para desenvolver a pesquisa junto a Unidade de Saúde de Jaguari	116
Anexo B – Autorização da Unidade de Saúde de Jaguari, para a realização da pesquisa	117
Anexo C – Declaração do entrevistado	118
Anexo D – Termo de confidencialidade.....	120
Anexo E – Carta de Aprovação	121
Anexo F – Roteiro de Entrevistas.....	122

LISTA DE APÊNDICES

Quadro 3 – Qual a causa para sua doença?.....	126
Quadro 4 – Qual o motivo da consulta ao posto de saúde?.....	127
Quadro 5 – Acredita em cura para sua doença?.....	129
Quadro 6 – Como começou a doença, quais os primeiros sintomas, quanto tempo demorou para pedir ajuda?.....	133
Quadro 7 – Quem o senhor procurou primeiro para tratar dessa doença?	137
Quadro 8 – Além da procura à consulta costuma utilizar outros meios alternativos como chás, ou bênçãos?	140
Quadro 9 – O senhor costuma fazer todas as suas consultas no Posto ou não? Em que situações procura o posto de saúde e por que?	141
Quadro 10 – Como vê o atendimento médico nessa unidade de saúde?	143
Quadro 11 – O que o senhor considera como um bom médico?	145
Quadro 12 – O que o senhor consideraria como um médico ruim?	147
Quadro 13 – Como o senhor escolhe seu médico?	148
Quadro 14 – O senhor prefere ser atendido por médico homem ou mulher? Por quê?.....	149
Quadro 15 – Em que situações ou quando o senhor procura o médico? Por quê?.....	150
Quadro 16 – Quando o senhor faz uma consulta, qual a duração aproximada dessa consulta?.....	151
Quadro 17 – Quanto tempo o senhor demora para ser atendido? Quanto tempo fica esperando?	152
Quadro 18 – No momento da consulta o médico lhe faz muitas perguntas quando examina o senhor? Que tipo de perguntas ele faz?	153
Quadro 19 – Consegue responder às perguntas que o médico lhe faz? Consegue entender essas perguntas? Linguagem/ Termos técnicos? O que faz quando não entende o que médico diz? Sente-se à vontade para tirar as suas dúvidas, para fazer perguntas para o seu médico?	155
Quadro 20 – Quando consulta, o médico sempre lhe dá uma receita? O que pensa sobre isso?.....	155
Quadro 21 – O senhor segue as orientações médicas?	157
Quadro 22 – Quando o senhor procura o médico, qual a sua opinião sobre a consulta que foi feita? O senhor ficou satisfeito com a	

consulta ou não satisfeito? Por quê? Fale um pouco mais sobre isso. Em sua opinião os seus problemas de saúde foram resolvidos após sua consulta médica? O senhor conseguiu resolver os seus problemas depois da consulta ao médico?

Sim ou não/ Por quê? 160

Quadro 23 – O senhor concorda com o diagnóstico que recebe pelos médicos? Se não concorda, o que acha que tem? 161

Quadro 24 – Quando o senhor faz uma consulta, o senhor segue todas as orientações e tratamentos propostos pelo médico? Por quê? 165

Quadro 25 – O senhor confia no seu médico? 165

Quadro 26 – O senhor gostaria de trocar de médico? 166

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	17
1.1 Cenário da investigação	18
1.2 Universo da pesquisa	22
1.3 Coleta de dados	23
1.4 Características do campo de pesquisa	24
1.5 Análise e interpretação dos dados	29
2 REFERENCIAL TEÓRICO	32
2.1 Os médicos e a biomedicina	32
2.2 Os pacientes	39
2.3 A doença e suas causas	42
2.4 O motivo da consulta	48
2.5 A cura	51
2.6 Ajuda para a doença	53
2.7 A procura ao posto de saúde	61
3 RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTE	67
3.1 O encontro de pacientes e médicos	69
3.2 O bom médico	74
3.3 Bom médico ou médico bonzinho?	80
3.4 A procura pelo médico	84
3.5 A escolha médica	85
3.6 O tempo de consulta	88
3.7 Orientação médica	91
3.8 A autoridade médica	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	110
ANEXOS	115
APÊNDICE	124

INTRODUÇÃO

Muitos são os motivos que levam a realizar uma pesquisa. A busca de respostas a questões tão nossas e, ao mesmo tempo, que possam ser de outros, nos faz andar por caminhos nunca antes percorridos e a pensar em outras possibilidades.

Assim é que iniciou esse trabalho, o qual mais do que uma dissertação de mestrado se propõe à autora como outra forma de entendimento do que busca no seu cotidiano, na sua vida profissional¹.

A relação médico-paciente² ou os vários tipos de relações que se estabelecem nesse encontro entre um profissional do setor de saúde e a pessoa que o busca, é motivo de várias investigações e teorias³. Muito já foi escrito e com tamanha propriedade que temos a impressão que não há nada mais a ser debatido e ingressar neste campo seria quase uma heresia para iniciantes. Mas sempre falta aquilo que nos move a buscar mais. Neste caso em particular tal busca se faz necessária para compreender o dia-a-dia do trabalho como médica que atua na área clínica e que está em contato e se relacionando de diversas formas com várias pessoas.

Alguns estudos e publicações que abordam o tema muitas vezes o fazem com os objetivos de garantir uma melhor qualidade de vida para os usuários do sistema de saúde, assegurar os direitos e autonomia do paciente, servir como proteção médica contra possíveis demandas judiciais, além de reordenar os modelos assistenciais vigentes. Outros motivos que levam a esse tema ser tratado com mais ênfase na atualidade é a constatação das crises estabelecidas entre esses dois sujeitos: médico e paciente. Crises essas relacionadas a desencontros de interesses nas relações estabelecidas, a diferenças de visões sobre cura e

¹ Sou médica formada pela UFSM em 1994, especialista em Saúde Pública e desde a formação atuo nessa área, atendendo em Unidades de Saúde de alguns municípios.

² Boltanski usa o termo “relação doente-médico”; Helman nomeia “relação médico-paciente”. Como o termo cliente poderia ser relacionado a consumo e doente pressupõe já um diagnóstico firmado, utilizarei paciente, não pelo sentido da passividade, mas talvez pela paciência que normalmente é esperada desse sujeito frente aos atendimentos e tratamentos.

³ Citam-se alguns autores como Freidson, Helman, Herzlich, Boltanski, Silveira, entre tantos outros.

doença e ao sistema de pertencimento de cada um, médico e paciente, normalmente distinto na abordagem da medicina atual, o que ocasiona a não adesão ao tratamento proposto, aumento dos custos com a saúde e ao não estabelecimento do cuidado e da cura.

Percebe-se, com isto, um desgaste na relação médico-paciente tanto pelo lado do paciente como pelo do médico. Um estudo publicado por Kleinman et al. (1989) relata que 50% dos pacientes que consultam um clínico geral nos Estados Unidos descrevem uma série de sintomas significativos para eles, mas que não são considerados pelo médico para a definição do quadro diagnóstico da doença. Os pacientes, então, se sentem despossuídos do seu sentir, confusos com relação ao seu próprio corpo, não o identificando mais como seu e como não encontram respostas às suas queixas, procuram-nas em vários médicos, em várias consultas e em outras possibilidades de encontro como, por exemplo, a procura pelas medicinas complementares e/ou alternativas⁴.

Na área da saúde pública a demanda continuada e poucos profissionais para atendimento contribuem, além de outros fatores, para uma consulta rápida e que, muitas vezes, não consegue contemplar os anseios de quem procura atendimento. Os médicos que atendem na área da saúde pública além de serem, normalmente, desprestigiados pela própria categoria médica, se sentem frustrados em função de atenderem, com freqüência, os mesmos pacientes e não estabelecerem a cura. Essa incapacidade de atendimento às expectativas de ambos, médicos e pacientes, tem levado à prescrição de muitas receitas de medicamentos de efeito placebo⁵, à cronificação de doentes, a pedidos de exames desnecessários, em função das análises fisiopatológicas não demonstrarem alterações suficientemente comprovadoras de doenças, gerando repetitividade, aumento dos custos com a saúde (ou com a doença) e monotonia nos atendimentos.

Na prática clínica de quinze anos como médica e agora, pesquisadora, muitas relações foram estabelecidas, muitas pessoas colaboraram com essa prática e muito ficou por ser entendido desse encontro.

⁴ Medicinas alternativas ou complementares são, segundo Helman (2003), formas especiais e diferenciadas no atendimento em saúde, se sobrepondo à medicina popular na maioria dos países industrializados. Para Luz (2005) essas medicinas contrapõem a medicina oficial biomédica.

⁵ Efeito placebo, segundo Helman (2003) é o efeito sentido como total por quem usa um medicamento, mas sem os componentes ativos desse medicamento. A crença na eficácia desse medicamento por parte de quem o utiliza e de quem o administra pode "produzir efeitos psicológicos e fisiológicos". (Helman, 2003, p. 181)

Após sete anos de atividade profissional intensa, logo após a formação universitária, um pouco cansada da rotina dos atendimentos, tive a necessidade de compreender melhor as relações que foram estabelecidas entre a profissional e seus pacientes. Como já explicitado antes, essa necessidade surgiu pelo desgaste intenso que a saúde pública traz. Talvez porque a nossa formação pressuponha que *tenhamos* que falar para as pessoas que nos procuram e para os que fazem parte da comunidade em que atuamos, que *tenham* que se cuidar, e como fazer para se cuidar; que *tenhamos* que dizer às pessoas o que comer e como comer, que as pessoas *tenham* que nos ouvir e nos “obedecer”. A formação que recebi da escola médica que frequentei tentava nos qualificar para dar conta de tal missão. Não é do escopo desse trabalho a formação nas escolas médicas, mas tal formação se constituía, no tempo em que a conhecia, em capacitar os médicos a transmitir conhecimentos aos pacientes quanto ao cuidado com sua própria saúde, utilizando o que de mais inovador se tivesse descoberto cientificamente e buscando sempre descobrir a causa das queixas com base na tecnologia mais avançada. Sayd (1998) chama a isso de “ordem médica”, com o profissional no papel de único detentor da verdade, quase que como um super-ser dono da verdade e “porta-voz da ciência” (Sayd, 1998:150).

A insatisfação com essa visão e o inconformismo me levaram, então, a buscar outras formas de conhecer. Primeiramente através da especialização em gestão de pessoas. A ênfase da universidade era para a área administrativa, mas me serviu como abertura para pensar as relações interpessoais e sociais. E a busca encontrou seu caminho no curso de especialização em saúde pública, vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) “Sérgio Arouca” da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

A formação sanitarista acima citada enfatizava as questões pedagógicas e sociais. Começar a pensar em outras possibilidades de resposta, diferente das técnicas, abre o horizonte. E foi isso que aconteceu. O debate sobre nossas práticas enfocando as relações sociais e as representações que advém dessa prática modifica o entendimento e faz compreender os mundos diferentes que existem, ou os diferentes “modos de andar a vida” que as pessoas trilham.

Desses estudos surgiu a pesquisa “A comunicação médico-paciente em Jaguari/ RS: a percepção dos médicos” como trabalho de conclusão do curso. Tal

trabalho se efetivou com a entrevista dos profissionais médicos atuantes no município em que resido, enfocando o entendimento que tais profissionais têm do encontro com seus pacientes, o que percebem que eles entendem da abordagem, o que sentem dificuldade de abordar e a forma de fazê-lo. Numa dessas entrevistas, uma médica relatava uma consulta em que orientava a sua paciente para inserir frutas em sua dieta. A paciente, então, segundo o relato da médica, perguntava se banana era fruta, se poderia comer maçãs e, finalmente, se “melancia é fruta?” Diante desse questionamento, incompreensível para a médica que relatava o caso, ela me questionava enquanto pesquisadora, sobre qual era o problema dos pacientes não entenderem o que lhes é dito. E eis que surgiu o motivo dessa pesquisa. O que realmente os pacientes entendem do que os médicos lhes falam? Eles entendem algo? O que fica para os pacientes da relação médico-paciente?

As respostas dos pacientes a esses questionamentos foram o objeto principal desse estudo. Pesquisar na Unidade Central de Saúde de Jaguari, RS, as representações⁶ sociais dos pacientes a respeito da relação com os médicos que os atenderam nessa unidade; analisar como são construídas suas percepções, entendimentos, compreensões sociais ao longo de uma consulta clínica e apreender o que os pacientes entendem por cuidado e cura e de que forma estes entendimentos interferem na relação médico-paciente, se constituíram, especificamente, o que se pretendeu estudar e compreender ao longo desta pesquisa.

Neste sentido, a hipótese central deste trabalho é de que a definição de bom médico, pelos pacientes, não se refere necessariamente àquele profissional da saúde que utiliza a linguagem mais simples, mais acessível, mas, ao contrário, embora críticos daqueles médicos que atuam de maneira mais impessoal e técnica no momento da consulta, os usuários do sistema de saúde entrevistados reconhecem essa prática médica típica como sendo a mais legítima. A hipótese secundária que orienta esta pesquisa é de que o tempo exíguo de consulta na unidade de saúde não permite a construção de uma relação médico-paciente pautada na confiança.

Nessa perspectiva de estudar as representações dos pacientes sobre a relação estabelecida com os médicos durante uma consulta clínica, pelo olhar do

⁶ Não é interesse desta pesquisa realizar um estudo sobre as percepções que os pacientes têm sobre a relação com os profissionais da medicina a partir da teoria das representações sociais.

outro, não estranho, mas tentando estranhar, é necessário “romper com o senso comum”, no melhor estilo bourdieuniano, com as “pré-noções” e com afimco estabelecer uma constante “vigilância epistemológica” (BOURDIEU, 2004) sobre o lugar de médica e de pesquisadora, o que se torna, por si só, um imenso desafio. A roupagem médica adere mais à pele do que se imagina. “Estranhar o familiar” parece mais simples de entender do que de realmente conseguir fazer (DA MATTA, 1978, VELHO, 1978; SCHRAIBER, 2008). Quando do início das entrevistas, além do roteiro preestabelecido, por muitas vezes, sem me dar conta, acabava perguntando detalhes técnicos sobre a doença do paciente. Embora utilizasse uma linguagem não técnica para abordar essas questões, acabava questionando o paciente a respeito de exames, sintomas, enfim, quase que exercendo a prática de médica. Isso era tão “natural” e “automático” que somente a orientação de uma cientista social pode revelar.

Para fins de melhor compreensão, este trabalho foi dividido em três capítulos, que apresentam subcapítulos. No primeiro capítulo são apresentados os caminhos escolhidos para tentar dar conta dos objetivos estabelecidos. Optou-se pela pesquisa qualitativa que utilizou como instrumentos de coleta de dados a entrevista em profundidade, baseada num questionário semi-estruturado, e a observação dos pacientes em sala de espera da Unidade de Saúde de Jaguari. Autores como Bourdieu, Haguette, Queiroz, Giddens, Minayo, Gaskell, e Schraiber fundamentam teoricamente a metodologia. Para análise dos dados e interpretação foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo de Lèfreve & Lefréve.

No segundo capítulo discorre-se sobre os conceitos básicos que nortearam a pesquisa, abordando a visão biomédica baseada nos autores Helman, Carapinheiro, Moura, Freidson, Laplantine, Queiroz, Foucault, Singer, Campos e Oliveira, Machado, Luz, Giddens, Martins, Adam e Herzlich e Boltanski. Também são apresentados nesses capítulos os teóricos que abordam as questões das representações que os pacientes fazem do seu sofrer, dos motivos apresentados quando da busca de ajuda médica. Novamente contribuem para a fundamentação e análise teórica dessa parte do trabalho: Queiroz, Helman, Boltanski, Freidson, Adam e Herzlich, Carrara, Moura, Starfield, Laplantine, Carapinheiro, Loyola, Fernandes e algumas conceituações de Weber. A partir dessas considerações teóricas são

apresentadas algumas falas e discursos do sujeito coletivo relacionados à consulta médica e seus significados.

No terceiro capítulo é abordado o tema relações médico-pacientes, baseado nos estudos de Starfield, Helman, Moura, Carrara, Freidson, Queiroz, Carapinheiro, entre outros. Nesse capítulo abordam-se especificamente o encontro de médicos e pacientes, as análises do discurso do sujeito coletivo sobre o que os pacientes consideram como bom médico, quando ocorre a busca por auxílio médico, a escolha do profissional, como são recebidas as orientações médicas, se aceitas ou não e a questão da autoridade médica.

Por fim, as considerações finais tentam sintetizar todos os assuntos e abrir novas questões sobre esse tema.

1 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Considerando a complexidade desse estudo, se fez necessário utilizar um método que permitisse uma aproximação mais fidedigna possível das realidades que se apresentaram. A abordagem qualitativa pareceu a mais apropriada, pois “nos permite reconstruir as representações sociais (...) que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados” (MINAYO, 2000, p. 116). Essas representações reconstruídas através da fala dos pacientes, na concepção de Minayo, nortearam esse trabalho e conduziram-no ao entendimento das relações estabelecidas entre médicos e pacientes.

Dentre as várias possibilidades da abordagem qualitativa, a entrevista em profundidade pareceu ser a mais adequada, pelo fato de ser interativa, “uma troca de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas” (Gaskell, 2002, p. 73). Além disso, se traduziu num momento aproximativo para tratar em profundidade o mundo da vida do indivíduo e suas experiências sem limitações de expor em público suas falas.

No presente trabalho, a entrevista em profundidade buscou que o paciente falasse sobre a relação que estabeleceu com o médico ou médica pelo qual foi atendido, compreendendo as limitações desse relacionamento, as dificuldades de entendimento pleno de ambos, as concepções do que considera um bom médico ou boa médica, se suas expectativas são ou foram atendidas, se sente-se cuidado e se consegue ou conseguiu chegar à cura.

Outro recurso metodológico utilizado nesta pesquisa foi a observação dos pacientes na sala de espera dos consultórios. Através desse método houve a oportunidade de estabelecer conversas informais e relatos mais descontraídos sobre as relações entre as pessoas e seus médicos, suas opções ou não de escolha dos profissionais, experiências significativas, posturas e percepção do ambiente como um todo. Isso enriqueceu a pesquisa, uma vez que se podiam perceber contradições entre a fala oficial, gravada e a fala informal na sala de espera, trazendo novos dados ao trabalho, talvez o tornando mais próximo das realidades.

Ainda que as relações de gênero estejam imbricadas nessa pesquisa, elas não foram diretamente abordadas, mas sempre consideradas por perpassarem as relações entre médicos e pacientes.

1.1 Cenário da investigação

O cenário de estudo foi a Unidade de Saúde de Jaguari – RS. O município de Jaguari localiza-se na região central do estado do Rio Grande do Sul, distante 420 km da capital do estado, Porto Alegre. Segundo o IBGE (2010), possui uma população de 11.478 habitantes, sendo 6531 residentes na área urbana e 4947 na área rural.

O município conta com um posto de saúde central, que funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 17 horas. Possui também três unidades sanitárias localizadas no interior do município, que funcionam esporadicamente, quando os médicos se deslocam para essas localidades, o que varia muito, não havendo uma frequência ou regularidade, podendo ser mensal ou não.

Atuam no município sete médicos que residem no município, sendo que dois somente em clínica privada, no hospital e no sindicato e cinco atuam na atenção básica, além dos outros lugares como, por exemplo, nos seus consultórios e no hospital. Também atende no Posto central um cardiologista que se desloca de outra cidade diariamente.

O atendimento no Posto Central de Saúde funciona com o sistema de fichas. São distribuídas dezesseis fichas para cada profissional médico no início da manhã e início da tarde. Há agendamento somente de gestantes, o que possibilita o acompanhamento do pré-natal. Assim, as pessoas podem escolher os médicos com os quais querem consultar se dispuserem-se a chegar bem cedo e esperar até o horário do médico desejado. Os médicos demoram, em média, duas horas para atender as dezesseis pessoas que pegaram fichas com eles e, então, se deslocam para seus consultórios ou outras atividades. Se durante esse período, surgirem alguns casos urgentes, os pacientes são enviados ao médico designado para aquele horário.

Os médicos que atendem na unidade de saúde são funcionários concursados como clínicos gerais e, em função disso, deveriam atender a todos os pacientes. Alguns médicos fizeram especialização e diante de profissionais como cardiologista, ginecologista e pediatra, os pacientes acabam fazendo suas escolhas conforme suas doenças e faixa etária. Assim, no caso, o cardiologista não atende casos que não sejam da sua especialidade, bem como outros médicos se recusam a atender crianças e as encaminham ao pediatra. Isso gera conflitos entre médicos e pacientes, que não são informados quando retiram a ficha que alguns médicos preferem atender somente os casos específicos de suas especializações, e teriam que tirar outra ficha para aquele médico específico.

A escolha desse campo para pesquisa é permeada por interesses próprios do pesquisador e pela possibilidade de se conhecer um pouco da realidade do município de Jaguari, nunca antes pesquisada. Como atuei nesse município como médica por cerca de dois anos, e a pesquisa anterior sobre a comunicação médica tinha sido realizada aqui achei interessante apreender um pouco mais dessa realidade. Movida também por uma curiosidade de médica (ou pesquisadora, não sei precisar qual delas) quis entender por que aqui se estabelece uma relação muito forte de “poder” na relação entre médicos e pacientes, por que os pacientes “idolotram” alguns médicos, o que pensam a respeito do que dissemos a eles, como que investigando a própria médica que fui aqui. Isso acarretou estranhamento inicial por parte da administração da Secretaria de Saúde e, principalmente, por parte dos entrevistados, convidados a se questionar e a falar sobre as questões propostas, talvez pelo inusitado espaço para falar, pelo receio de exporem realmente o que pensam (e com isso serem penalizados) e pela surpresa de alguém querer ouvi-los.

Explicitado o interesse pela pesquisa à Secretária de Saúde e sendo deferido o atendimento à solicitação de pesquisa, foi procedido o contato com os pacientes dentro da Unidade de Saúde.

Os contatos para coleta de dados começaram a acontecer em janeiro de 2010, após a liberação da pesquisa pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM e foram concluídos em outubro desse mesmo ano. Para tal, houve visitas constantes ao local de atendimento, na sala de espera, para estabelecer o contato com os pacientes e convidá-los a participarem da pesquisa.

Foi disponibilizada, num primeiro momento, uma sala na Unidade de Saúde para que pudesse haver, naquele espaço, entrevistas com alguns usuários selecionados aleatoriamente. Essas pessoas eram contatadas na sala de espera dos consultórios, onde o pesquisador procurava se inserir, ouvindo conversas, participando de alguns diálogos e observando o funcionamento da unidade de saúde.

Inicialmente foi utilizado um roteiro de questões mais ou menos fixas e as conversas foram gravadas. Embora o plano inicial fosse a escolha aleatória dos entrevistados houve, no início da pesquisa, uma escolha intencional⁷, procurando abarcar as pessoas mais quietas e os homens, uma vez que esses se constituíam uma minoria. Motivações e inquietações à parte, porém, o objetivo do projeto era analisar as representações dos usuários mais habituais da unidade de saúde, isto é, que recorriam à unidade de saúde com maior frequência⁸, o que não estava acontecendo.

Constatou-se, também, que as pessoas entrevistadas não conseguiam se sentir à vontade para expor de maneira fluentemente as questões apresentadas durante as entrevistas. As respostas ficavam limitadas à “sim”, “não”, “aha”, e pouco conseguiam se expressar, de modo que se pudessem entender suas ideias sobre as questões formuladas. Esse sentimento de pouco à vontade pode ser pensado a partir de vários fatores. Segundo Haguette (1995) “diferenças culturais de classe” poderiam ser responsáveis por dificuldades na “capacidade de interpretação dos fatos” que influenciariam na “capacidade de verbalização”. Sendo a entrevista um processo de interação social seria natural que tais fatores estivessem presentes. Mas nessa pesquisa, além desses fatores podem-se perceber outros associados. O primeiro, talvez, seria o medo de perder a consulta já marcada, ou a triagem, que é o momento em que são verificados os sinais vitais de cada paciente. Isso se verificava naqueles pacientes que ainda esperavam pelo atendimento. No caso daqueles que já haviam consultado, percebia-se uma aflição para ir embora da unidade de saúde

⁷ As intenções se referem aqui a motivações subjetivas minhas, não sei explicitamente quais, talvez dar voz e vez a quem tem menos condições de se manifestar, ou por vergonha e receio, dar voz mais por curiosidade do que por altruísmo, e novamente a orientação teve que desvelar mais esse véu e lembrar Bourdieu sobre a “vigilância epistemológica”.

⁸ Frequentes relativo àqueles pacientes mais usuais da Unidade de Saúde, que constituem a maioria dos que consultam, isto é, mulheres, entre 30 e 70 anos, crianças, gestantes, que embora não sejam um número tão expressivo no município consultam em função do pré-natal, e que por consultarem com mais frequência sentem-se à vontade para conversar, estabelecem relações e são bem conhecidas dos demais profissionais que atuam na unidade de saúde.

e resolver outros encaminhamentos diários, como compras, atividades domésticas, isso principalmente com alguns pacientes vindos do interior do município, que dependiam de ônibus para retornarem aos seus lares. É claro que essa angústia de tempo era compartilhada tanto pelo pesquisado como pelo pesquisador, que acabava se “apressando” em coletar as respostas às questões.

Outro ponto a considerar quando foram realizadas essas entrevistas na unidade de saúde era a possibilidade de estarem sendo interpretadas ou como um espaço onde pudessem desabafar e reclamar de tudo ou de conformismo com o atendimento, como se fosse uma heresia reclamar de um serviço dentro de suas esferas. Embora fosse claramente explicitado e se desse toda e qualquer garantia da confidencialidade dos dados, de não haver quaisquer prejuízos aos pacientes e aos seus futuros atendimentos e de que tal pesquisa se constituía algo externo, da Universidade, percebeu-se certo constrangimento nas respostas e, como já citado anteriormente, elas não fluíam como se esperava. Haguette (1995, p. 89) cita fatores, tais como “temores que as respostas possam prejudicá-los de alguma forma”, “quebra da espontaneidade”, “desejo de agradar o pesquisador” e “fatores idiossincráticos” como inerentes ao método em si, naturais nesse processo, por isso levados em conta quando da análise dos dados.

Após essas primeiras entrevistas realizadas na Unidade procedeu-se a uma avaliação do instrumento em si. Essa revisão permitiu ver que poucas eram as questões e talvez não conseguissem abarcar de forma mais ampla a questão central. Poderiam ser, também, indutoras de respostas e ser respondidas sinteticamente, sem necessidade de serem questionadas.

Diante disso tudo houve uma reformulação no roteiro de entrevista semi-estruturado e no modo de realizar tais entrevistas. Os informantes passaram a ser contatados na unidade de saúde e as entrevistas realizadas nas casas dos pesquisados, o que também garantiu uma maior “fluidez” nas conversas.

Nessa primeira etapa, anterior à reformulação, foram realizadas oito entrevistas. Dessas apenas uma era do sexo masculino. Após a reformulação, foram realizadas mais dez entrevistas, totalizando dezoito entrevistas.

1.2 Universo da pesquisa

As pessoas convidadas a participar desse estudo foram, inicialmente, homens e mulheres entre 28 e 65 anos que se encontrassem na sala de espera da unidade de saúde de Jaguari e que aceitassem o convite. Com a sua anuência, foi marcado dia, horário e local adequados aos interesses do entrevistado para o início da pesquisa. A explanação sobre o termo de consentimento livre e esclarecido se deu na hora da entrevista e o entrevistado o entregou assinado ao final desse primeiro contato, levando uma cópia consigo.

A faixa etária de pesquisa teve essa delimitação inicial em função de ser a que mais busca o atendimento médico segundo informação dos profissionais que trabalham no posto de saúde e pela observação do pesquisador. Isso foi constatado na hora das pessoas serem convidadas a participar da pesquisa, uma vez que a maioria encontrava-se dentro dessa faixa etária. Mas três pessoas quiseram participar quando souberam da pesquisa, embora fugissem a essa delimitação inicial⁹. Como não se quis impedir essa participação e as entrevistas foram bastante significativas aos objetivos dessa pesquisa, elas foram aceitas e utilizadas pela riqueza de dados.

Manteve-se a inclusão nessa pesquisa de sujeitos que não haviam completado o ensino fundamental, pois, segundo último senso do IBGE (2002) são cerca de 70% da população, no município de Jaguari.

Pessoas com deficiência mental ou em situação de deficiência física não foram convidadas a participar em função de apresentarem atendimento diferenciado na unidade de saúde e por isso não apresentarem o perfil delimitado.

⁹ Numa dessas “incursões” a campo contatei com uma pessoa muito extrovertida na Unidade de Saúde e ela abertamente começou a me contar sobre as relações com os médicos. Para a pesquisadora se constituía um material riquíssimo e embora ela apresentasse uma idade acima da delimitação inicial, pela riqueza dos dados, marquei com ela para fazer a entrevista naquela tarde em sua casa. Quando cheguei ao local ela tinha convidado mais duas vizinhas para serem entrevistadas, como que uma forma de me presentear com mais histórias. E realmente foram muito importantes para essa pesquisa, mas as outras duas vizinhas também apresentavam uma idade acima da prevista inicialmente

1.3 Coleta de dados

Para iniciar a pesquisa, a proposta da mesma foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de Jaguari, onde foi solicitada autorização oficial para que a pesquisa pudesse ser realizada, sendo obtida autorização formal para tal. (ANEXOS A e B)

Para garantir a ética da pesquisa, a mesma somente foi iniciada após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, o qual autorizou a pesquisa em janeiro de 2010.

O primeiro contato teve como finalidade a apresentação da proposta do estudo, finalidades, objetivos, metodologia, bem como aspectos éticos e a garantia que a participação ou não na pesquisa em nada influenciaria o atendimento que vem recebendo ou que irão receber na unidade, pois se trata de uma pesquisa vinculada a um curso de formação e não à secretaria de saúde.

A partir da aceitação por parte dos sujeitos, os mesmos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sugerido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (ANEXO E). Neste há explicação detalhada sobre as garantias de anonimato, desde a coleta dos dados até a divulgação dos resultados, bem como da possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal. Contudo observa-se que os procedimentos éticos estão relacionados à postura investigativa, às relações estabelecidas entre o pesquisador e os informantes no cotidiano, à prática propriamente dita da pesquisa tecida no seu fazer.

A entrevista constou de questões abertas que foram gravadas, com autorização prévia do entrevistado, para que as falas pudessem ser reproduzidas com fidedignidade. A identificação das pessoas foi realizada por meio de códigos, em ordem de entrevista, com a letra E indicando entrevista acrescida logo após do número correspondente à fala.

Foi utilizado um roteiro semi-estruturado (ANEXO F), baseado no que Gaskell (2002) sugere de “tópico guia” para orientar as entrevistas, como uma forma de melhor ajustamento do tempo e direcionamento das entrevistas, “uma memória auxiliar” (Schraiber, 2008), para não se esquecer tópicos fundamentais, mas sem

servir de amarra para as discussões, nem impossibilitar novos debates. Constam, no roteiro da entrevista, dados relacionados à idade, ao sexo, ao tipo de moradia, à renda familiar, ao grau de escolaridade, ao número de pessoas que residem na moradia, com o intuito de que possam ser esquematizados. Com base nessas informações, puderam ser criados os dados socioeconômicos relacionados à identificação dos sujeitos da pesquisa, garantindo seu anonimato. Esse diálogo aconteceu num ambiente tranquilo, onde o entrevistado pode se sentir à vontade e confiante, reconstituindo suas lembranças e opiniões.

As entrevistas foram gravadas, uma vez que o gravador representa “uma ampliação do poder de registro” (Queiroz, 1991) e as falas ali retidas tomam ênfases, pausas e silêncios, o que também constitui um dado importante e contribui para um entendimento mais amplo das falas (Schraiber, 2008). A transcrição literal é a consequência mais trabalhosa desse processo (idem), mas necessária em função da permanência dos dados e da reflexão sobre esses no momento da escrita, principalmente quando é realizado pela própria entrevistadora.

1.4 Características do campo de pesquisa

Segundo Minayo (2000) muitos são os desafios enfrentados na etapa de análise dos dados por parte dos pesquisadores. Um dos primeiros desafios a superar é a “ilusão da transparência”, denominada por Bourdieu (2004) como sendo o risco que se corre na interpretação do que é visto espontaneamente como o real, de acreditar na interpretação simples e ingênua dos dados como verdadeiros para comprovar a hipótese formulada. Esse ponto é importante principalmente tratando-se dessa pesquisa, em que a familiaridade com o objeto está muito presente e pode-se confundir a subjetividade do pesquisador, a sua apreensão da realidade com uma interpretação empírica dos dados coletados através das entrevistas com os atores sociais.

Outro desafio na análise dos dados, ainda segundo Minayo (2000), é acreditar demasiado na técnica e na metodologia utilizada pelo pesquisador na coleta dos dados, deixando de considerar as relações que foram estabelecidas, o contexto em que essas foram geradas e se abrangem parte da realidade como tal.

Embora a questão de gênero não fosse objeto desse estudo, percebe-se que ela se faz presente também nessa pesquisa. Das dezoito pessoas que fizeram parte desse estudo apenas uma era homem, especialmente pela dificuldade deles serem encontrados pelos corredores da unidade de saúde. Apesar da predominância feminina com relação às informações, não é objetivo dessa pesquisa discorrer sobre as questões de gênero. Mas esse dado não pode ser negado. Segundo Giddens (2005) o número de mulheres que consultam é superior ao de homens, e isso também pode ser verificado através das incursões nesse campo. Essa maior representação das mulheres nas estatísticas de doenças declaradas representa na hipótese de Silveira (2000), não tanto um maior grau de doença, mas apenas uma atitude mais ativa de gestão de sua saúde que atua como medida preventiva de doença mais grave e que tem efeitos na redução da mortalidade.

Já para Giddens (2005) as mulheres apresentam uma maior incidência de algumas doenças, especialmente depressão e ansiedade. Para esse autor as causas para esse maior sofrimento em função de determinadas doenças seria a assunção dos diversos papéis que as mulheres tendem a desempenhar, como o cuidado com os filhos, o trabalho doméstico e as atribuições profissionais, o que gera vários tipos de preocupações e estresses, além de apresentarem suscetibilidades biológicas, como gestações e partos, por exemplo.

“A mulher percebe, muito mais do que o homem, sintomas de doenças, assim como procura mais intensamente por soluções dentro ou fora do âmbito da medicina oficial, tanto para ela como para seus filhos”, e assim ela se “expõe” a percepções e linguagens variadas. (Queiroz, 1991, p. 34).

Já os homens não comparecem aos serviços de saúde com a frequência desejada. Pode-se observar nessa pesquisa a pouca presença dos homens na Unidade de Saúde. Os poucos homens apresentavam uma idade mais avançada, geralmente eram aposentados e portadores de doenças crônicas. Os homens mais novos geralmente consultam em serviços de emergência, pois as causas para consultas são mais relacionadas a acidentes ou doenças de início abrupto e frequentemente são internados.

Segundo dados da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, do Ministério da Saúde (2009), a não frequência aos serviços de saúde pelos homens se deve a barreiras sócio-culturais e institucionais. Dentre as barreiras

sócio-culturais, são identificados o “estereótipo de gênero, o “pensamento mágico”, o medo de descobrir doenças e o papel de provedor”.

O “estereótipo de gênero” fala sobre o ser homem numa sociedade machista. Perceber uma doença e ela ser confirmada através de um diagnóstico é visto como um sinal de fragilidade que “os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável” (MS, 2009, p 05). Isso acaba conduzindo-o a se expor mais às situações de risco e a não se cuidar adequadamente. Se ele descobrir que a sua saúde não está de acordo com os padrões “normais” isso põe em risco a sua crença de “invulnerabilidade”.

O “pensamento mágico” que perpassa o gênero masculino se concretiza na dificuldade em reconhecer a possibilidade de adoecer. A onipotência masculina não reconhece a necessidade de depender de alguém, de procurar ajuda.

Outra questão apontada pelo Ministério da Saúde (2009) é que os homens não procuram o serviço de saúde porque isso atrapalharia a sua condição de provedor. Falta de tempo, impossibilidade de esperar pelo atendimento na unidade, não poder faltar ao trabalho, dificuldades para ser atendido quando precisa, os horários de funcionamento dos postos de saúde, são queixas frequentes relatadas pelos homens, ainda segundo dados do Ministério da Saúde. “A concepção de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde” (MS, 2009, p. 06). E a procura, quando ocorre, se faz no momento em que o homem identifica problemas mais graves, “como em casos de doenças agudas ou acidentes que envolvem fraturas, por exemplo”.(QUEIROZ, 1991, p. 34). De um modo geral, “os homens tendem a adoecer com menos frequência, mas as doenças que afligem os homens tendem a ser mais ameaçadoras à vida” (Giddens, 2005, p. 133). E por esperar demais para procurar ajuda muitas vezes tais doenças, quando diagnosticadas, apresentam um prognóstico pior.

Em nossa sociedade, o “cuidado” é um papel feminino e as mulheres são educadas, desde cedo, para desempenhar e se responsabilizar por esse papel. Através das entrevistas pode-se perceber que a maioria das entrevistadas procura ajuda não só para si, mas para os demais membros da família. Assim as mulheres consultam para suas mães, filhos, filhas e maridos, os acompanham nas consultas e também retiram fichas para eles poderem ser atendidos. São as mulheres as responsáveis por avaliar as condições de saúde de sua família, percebendo

sintomas de doença nos filhos e maridos e também são elas que procuram “mais intensamente por soluções dentro ou fora do âmbito da medicina oficial” (Queiroz, 1991, p. 34).

Outro dado a ser analisado nessa pesquisa é o baixo nível de instrução da maioria dos entrevistados, inclusive com alguns analfabetos. O nível de instrução inferior a quatro anos de estudo tem sido utilizado como *Proxy* do analfabetismo funcional, embora o significado deste conceito seja mais amplo¹⁰. Pode-se perceber alguma dificuldade de algumas pessoas entrevistadas para responderem as questões formuladas. O entendimento do que se pretendia com tal pesquisa talvez fosse a maior dificuldade. E isso fica muito envolvido também pelo “medo” de não atender às expectativas do entrevistador. Muitos se achavam incapazes de contribuir com a pesquisa e isso ficou claro com respostas do tipo “não sei o que dizer”, “se eu não falar certo a senhora me fala”, “acho que outras pessoas mais estudadas poderiam falar melhor”, “porque eu”, já citados por Haguette (1995) como inerentes a esse tipo de pesquisa. Talvez outros medos também coexistam nessas falas, como o de ser identificado, de manifestar uma opinião que vá contra a norma predominante no setor de saúde, de falar “mal” dos médicos ou do atendimento no posto de saúde.

Após a realização dessas oito primeiras entrevistas houve uma mudança na estrutura da unidade de saúde, que se deslocou provisoriamente para outros prédios da Administração Municipal. O setor administrativo da secretaria de saúde, que antes funcionava no mesmo prédio do atendimento ao público foi para outro lugar, ficando o atendimento e o setor responsável pelo transporte e marcação de consultas e exames, deslocados para outro prédio. Assim, as demais entrevistas foram contatadas em outro ambiente físico, sem salas de apoio que pudessem ser cedidas.

Esse novo prédio que passou a sediar a unidade de saúde se constituía de uma grande sala onde ficavam as pessoas que aguardavam serem chamadas para atendimento e onde também era feita a triagem. A triagem ocorre no momento em que cada pessoa é chamada a preencher uma ficha com seus dados pessoais;

¹⁰ Segundo a UNESCO, analfabeto funcional é o indivíduo que não participa em atividades nas quais a alfabetização é requerida para uma atuação eficaz em seu grupo ou comunidade, e não consegue utilizar-se do uso contínuo da leitura, da escrita e da aritmética para desenvolvimento próprio e de sua comunidade

nesta ocasião é verificada sua pressão arterial e em alguns casos, mais em crianças, é realizada a pesagem. Então, feito isso, a pessoa retorna à sua cadeira para aguardar ser chamado para atendimento pelo médico ou médica do horário.

Também o prédio cedido para funcionamento do posto possuía uma sala para o atendimento médico, a sala de vacina e outra para marcação de exames e entrega de medicamentos, todas ao redor do grande salão de espera. Pode-se entender que, então, vários funcionários da secretaria cruzavam constantemente por esse salão, ora chamando pacientes, ora indo para as salas laterais.

Toda essa descrição serve, então, para abordar a questão da invisibilidade da pesquisadora. Como se supunha que somente pacientes se encontrassem sentados nesse salão, em nenhum momento qualquer profissional ou funcionário percebeu a presença da pesquisadora. Todos cruzavam, mas não olhavam. Ou chamavam as pessoas para triagem e somente assim olhavam para o salão. Na hora da consulta os médicos que atendiam naquele horário chamavam sentados, de dentro da sua sala, pelos nomes das pessoas que constavam nas fichas e as pessoas se deslocavam, então, para a sala de atendimento.

Tal situação permitiu, talvez, uma maior liberdade de atuação por parte da pesquisadora. A opção de abordagem dos pacientes pareceu mais de igual para igual, já que a presença da pesquisa era confundida como sendo uma usuária do sistema de saúde. Os pacientes é que estranhavam. Como muitos já conheciam e reconheciam-me como profissional, perguntavam o porquê da minha presença naquele lugar. Esse, então, era o mote para o convite para participar da pesquisa. De todas as pessoas convidadas apenas uma pessoa se recusou a participar alegando a sua ocasionalidade como paciente ali presente. Todas as demais aceitaram marcar um local e horário para que se pudesse realizar, então, a entrevista.

Geralmente os contatos eram estabelecidos pela manhã na unidade de saúde e as entrevistas eram realizadas no período da tarde desse mesmo dia, nas residências das pessoas. Todas as pessoas dessa segunda fase da pesquisa residem em bairros mais periféricos do município que representam a maior demanda dos usuários atendidos na unidade de saúde.

Os entrevistados já se encontravam esperando pela pesquisadora na hora anteriormente marcada para a entrevista. Em todas as entrevistas o clima foi de

receptividade muito boa, uma atenção especial e cordialidade. Como não havia um limite de tempo, em função de não terem agendamento de consultas nem pressa para serem atendidos, as pessoas e a pesquisadora ficavam mais tranquilas nas entrevistas. O fato de estar gravando somente causava certo constrangimento no início de algumas entrevistas, mas desaparecia no decorrer dessas. Estabeleceu-se um diálogo constante, fluido e descontraído. Percebeu-se uma facilidade maior de abordar os temas propostos, as pessoas pareceram menos preocupadas com formalidades e aceitavam falar mais francamente.

O tempo de duração das entrevistas ficava entre uma a uma hora e meia. Em uma situação específica em que havia contatado uma paciente, ela chamou mais duas vizinhas por conta para também participarem. Foi uma situação tão inusitada como divertida, pois enquanto uma era entrevistada as outras poderiam dar seu aval e também compartilhar daquelas informações, concordando ou não com o relato ou experiência sofrida por uma delas. Nessa experiência as entrevistas duraram várias horas e foram extremamente enriquecedoras.

1.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados obtidos através das entrevistas foram interpretados com o auxílio da análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) descrita por Lefèvre & Lefèvre (2000), onde são utilizadas três figuras metodológicas, a saber: a ideia central, as expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo.

Segundo os autores citados acima, a partir de cada fala, extrai-se a ideia central (o essencial do que foi falado) e as expressões-chave, que são transcrições literais de parte dos depoimentos. A seguir, constrói-se o Discurso do Sujeito Coletivo, que pode ser único ou não, dependendo dos diferentes modos de pensar a questão. Esse é constituído das falas de cada sujeito que não são anuladas para homogeneizar, mas são somadas, reconstruídas, reorganizadas. Para constituir o Discurso do Sujeito Coletivo,

parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição que consiste, (...) na seleção das principais ancoragens ou idéias-centrais presentes em cada um dos

discursos individuais e em todos eles reunidos e que termina sob uma forma sintética, onde se busca a reconstituição discursiva da representação social (...). Em síntese, o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um. (Lefèvre, 2000, p 20).

Lefèvre & Lefèvre (2000, p.3) conceituam a Ideia Central (IC) como "... a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos". Constitui-se, então, no âmago da expressão chave, enfocando diretamente o sentido de cada fala. As Expressões Chave (EC), ainda segundo os autores, são constituídas pelas transcrições literais dos depoimentos, mas da parte considerada como essencial do discurso e que respondam às questões centrais. Elas representam a comprovação do depoimento oral, que permite ao leitor verificar a veracidade e realizar uma comparação do trecho selecionado com as afirmativas reconstruídas.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) constitui, ainda segundo Lefèvre & Lefèvre (2000, p. 18), na principal dessas figuras metodológicas e busca "resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos" e tem como função primordial "reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quanto se julgue necessário para expressar uma dada 'figura', ou seja, um dado pensar" (Lefèvre & Lefèvre, 2000, p.19). Portanto, a finalidade é visualizar, com máxima clareza, a representação a respeito do pensamento dos sujeitos.

A decomposição inicial consiste na seleção das Ideias Centrais (IC) e num trabalho de lapidação analítica desses discursos. Após tenta-se sintetizar tais ideias num discurso que pode ser único ou não. Quando o discurso não for único, isto é, quando o sujeito coletivo se expressa por meio de vários discursos, isso pode levar a pensar em duas hipóteses: "a presença na cultura de um mesmo discurso complexo que, didaticamente, é preciso separar em mais de um discurso, ou a presença, na cultura, de discursos conflitantes que, também didaticamente, é preciso separar" (Lefèvre & Lefèvre, 2000, p.03). Parece pretensioso afirmar que todas as possibilidades imaginárias do Discurso se encontrem no DSC. Mas como caminho a ser percorrido tenta mostrar as diversas falas e discursos de forma talvez mais compreensível à leitura e à análise.

O desafio para se constituir um discurso do coletivo é grande. Requer mergulhar profundamente nos discursos de cada sujeito e não é fácil eximir-se de

toda e qualquer ideia pré-formada. A seleção dos dados pode ser influenciada em função da visão subjetiva do pesquisador. A vigilância epistemológica precisa se armar suficientemente “para evitar a contaminação das noções pelas pré-noções” (BOURDIEU, 2004, p. 32).

As pessoas não deixam de ter ideias sobre as “coisas”, constituem opiniões e as manifestam conforme a sua cultura. Todos temos necessidade de “produzir ideias determinadas e consistentes sobre as instituições e as situações coletivas” (Silva, 2007, p. 30), especialmente, quando somos membros de um grupo que queremos pesquisar. Isso requer um estranhamento, uma “ruptura com o senso comum”, tão ressaltada por Bourdieu (apud Silva 2007). Mas é interessante que se diga que essa ruptura não representa o domínio de um poder sobre outro ou de se buscar quem está com a razão. “Não se trata de uma clivagem, entre a concepção vulgar, enganosa, ilusória, espontânea dos fatos, e a construção especializada, demonstrativa, ‘verdadeira’ produzida por profissionais” (Silva, 2007, p. 37). Ainda conforme esse autor, o discurso do sujeito coletivo constitui-se em uma análise:

“a persistência e a eficácia das interpretações do senso comum não podem, pois, ser imputadas à ‘ignorância’ popular dos conhecimentos científicos, superável através da educação. A raiz é mais profunda e tem a ver com a imagem coerente que os atores tendem a produzir acerca do mundo social em que vivem, com as representações simbólico-ideológicas que constantemente criam e a que constantemente estão sujeitos. (Silva, 2007, p. 37).

Outra grande dificuldade é a de acessar a realidade tal como ela se constitui (se é que isto é possível). Os discursos são envolvidos por muitas outras nuances e sempre há uma dificuldade em fazer a leitura dos diversos interesses que deverão estar por detrás de cada resposta ou consideração ou como nos diz Lefrèvre (2000, p 17), a ancoragem, que torna “manifestas as teorias, ideologias e os conceitos (...) que inconscientemente, estão subjacentes às práticas cotidianas e surgem nos discursos”.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Os médicos e a biomedicina¹¹

A relação médico-paciente se constitui de um encontro de representações de duas pessoas, muitas vezes separados cultural e socialmente. Talvez se possa dizer que há o encontro de dois mundos nessa relação, mundos esses constituídos por valores e crenças específicos. Pacientes entendem simbolicamente a doença em função de suas atividades e de seus cotidianos, de seus mundos e experiências e como a vivem a interpretam. Os médicos se baseiam, na cultura ocidental, no modelo biomédico hegemônico, construído sob as bases do cartesianismo, na dicotomia mente-corpo e na racionalidade científica. Enfatizo a questão dos médicos em seu papel profissional, e não em seu papel de doente, porque acredito que as percepções de um e de outro lugar possam ser diferentes.

Mas embora os médicos possam ter a mesma origem cultural e social dos pacientes com os quais vão se relacionar, eles sofrem, durante o processo de formação, uma espécie de “enculturação” (HELMAN, 2007). É claro que essa formação sofre enormes variações dependendo do lugar onde ocorre, dos currículos das universidades e dos projetos pedagógicos institucionais (PPI). Interessa compreender aqui, não tanto como se dá a formação médica, mas entender de onde partem os médicos, o lugar de onde se formam, tornando-se profissionais para encontrarem-se com seus pacientes. Alguns estudos sociológicos¹² se ocuparam de estudar essa formação, entre eles o estudo de Carapinheiro (1993). Segundo essa autora, ao longo da formação médica, os estudantes aprendem, diante das incertezas da profissão e da incapacidade frente a algumas enfermidades, a “culpar-se a si próprio” ou “a culpar o doente”, mas não atribuem a responsabilidade do “fracasso” às “lacunas” ou limitações da ciência médica. Vão aprendendo a ser médicos, socializados mais aos valores da profissão

¹¹ Biomedicina aqui entendida não como a profissão de biomédicos, mas com relação ao paradigma biomédico ocidental de origem cartesiana, de separação dualista corpo-mente, mecanicista e com ênfase na tecnologia nos dias de hoje.

¹² Como FREIDSON (1978), HELMAN (2007), MOURA (2004), entre tantos outros.

do que aos valores dos profissionais. Uma vez que os valores antes de serem dos profissionais são pertencentes à cultura e aos valores subjetivos de cada médico, como agente social, poderíamos pensar também que os valores da profissão se sobreponham aos valores dos médicos em si e que esses possam ser diferentes, mas não antagônicos, pois dessa forma criariam contradições que seriam insuportáveis.

O estudo de Moura (2004) apresenta as faces da educação médica, isto é, o autor relata como o médico aprende a ser médico, através do que ele chama de “espaço de baixa institucionalidade”, a “escola paralela”, onde sobrevivem relações tradicionais entre o professor e o aluno para a formação do “*habitus* profissional médico”.

Os valores apreendidos e incorporados durante a formação e depois à prática dos profissionais fazem parte de um modelo dominante, determinado por premissas fundamentais (HELMAN, 2007; LAPLANTINE, 2004; QUEIROZ, 1996), entre as quais:

- o paradigma¹³ baseado na racionalidade científica, isto é, a ciência como detentora da verdade e da fidedignidade. O que não pode ser provado em termos objetivos não é científico;
- a ênfase na mensuração objetiva e numérica, com aferição de valores que se situam dentro de padrões de normalidade e desvio;
- a soberania dos dados físico-químicos e dos exames diagnósticos de última geração sobre a clínica. Em alguns casos, pode aparecer lesão nesses exames sem que o sujeito se sinta doente. Nessas situações tratam-se mais alterações objetivas que subjetivas;
- o dualismo mente-corpo, a separação entre o que é perceptível no corpo e comprovado por aferições palpáveis e o que não é constatado como físico é visto como psicológico e não tratado pelo clínico, devendo ser encaminhado ao especialista da mente, o psiquiatra.
- a visão das doenças como entidades, o que fica claro nas falas dos pacientes, por exemplo, nas afirmações: “peguei uma gripe”, “de onde vem isso?” “estou com uma dor no rim” e também nas palavras dos médicos “a gripe é a

¹³ Paradigma no conceito utilizado por Kuhn e adotado também por Queiroz (1986), como “um mapa que governa a percepção” e conduz as análises sobre a doença ou a saúde de uma forma restrita a esse modo de olhar.

invasão de um vírus”, “foi por causa de um golpe de ar” (LAPLANTINE, 2004, p. 77), que expressam o sentido de exterior, de fatores exógenos e nocivos que afetam um corpo bom e inocente;

- o reducionismo e a “ênfase no indivíduo” paciente (*especialmente no órgão doente*) não na família ou na comunidade (HELMAN, 2007, p.109).

Essas características pertencem ao sistema de ordenamento próprio do paradigma científico presente nas sociedades ocidentais. A biomedicina, como parte dessa ordem é, pois, baseada nos princípios científicos relacionados à física clássica newtoniana e à visão cartesiana. O cartesianismo, do século XVII, influenciou de tal forma a humanidade que até hoje permanecem associações do corpo com uma máquina. Um distúrbio de alguma peça dessa engrenagem teria que ser reparada por técnicos altamente capacitados para que retornasse ao funcionamento normal. O corpo, antes divino e intocável, passou a ser dissecado e descoberto (QUEIROZ, 2003).

Em seu livro “O nascimento da clínica”, Foucault (2008) enfatiza a criação da clínica ou sua reorientação para um saber “anatomopatológico”, tendo o médico uma atitude ativa de busca da causa e da localização da doença a fim de, assim, intervir efetivamente:

(...) considerada em sua disposição de conjunto, a clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável: nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (...), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (...), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (...), articulação da doença com o organismo (...). O aparecimento da clínica, como fato histórico, deve ser identificado com o sistema dessas reorganizações. Essa nova estrutura se revela, mas certamente não se esgota, na mudança ínfima e decisiva que substitui a pergunta “O que é que você tem?”, por onde começava, no século XVIII, o diálogo entre o médico e o doente, com sua gramática e estilos próprios, por esta outra em que reconhecemos o jogo da clínica e o princípio de todo seu discurso: “Onde lhe dói?”. (Foucault, 2008, pp. XV-XVI).

O modelo de medicina atual, dominante no ocidente, teve seu maior momento de expansão quando das descobertas científicas e tecnológicas. Com a Revolução Industrial a medicina se sobrepôs à saúde (QUEIROZ, 2003). As rupturas tanto na ordem social e econômica também aconteceram com relação ao ser humano, agora cindido entre corpo e alma, “eu e outro, pessoa e contexto,

relação econômicas e comunitárias em um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto” (QUEIROZ, 2003, p. 58).

Segundo Singer, Campos e Oliveira (1988), a partir da segunda metade do século XIX, houve grande avanço das conquistas na área médica. Entre essas conquistas, esses autores destacam o poder de cura das doenças infecto-contagiosas, a descoberta do RX e de etiologias de doenças como a malária, a febre amarela, difteria, tétano e sífilis. A descoberta do germe (teoria do germe) como causador de doenças corroborou a tese de algo externo que se instalava e atrapalhava um organismo que funcionava adequadamente. Muda-se o foco de entender o hospedeiro das doenças e passa-se a estudar os agentes invasores que causam as doenças, ou seja, o interesse passa do “paciente para a doença”. (QUEIROZ, 2003, p. 58) A solução para os males seria então um antídoto descoberto pela medicina que agora detém o poder sobre as doenças. A descoberta da penicilina é um marco para o início da comercialização de remédios que passaram a ser a salvação do mundo e a medicina se consolidou hegemonicamente como a solução para a maioria dos problemas de saúde. (QUEIROZ, 2003).

A prática médica ancorada na ciência passou a ser uma verdadeira profissão de consulta com a formação técnica consolidada e uniformizada (Freidson, 1978). Os bons resultados dessa prática, agora consolidada na ciência, com sólido fundamento de conhecimento, diferencia o médico do curandeiro tradicional¹⁴ e atrai cada vez mais pessoas à consulta, constituindo-se o médico como o agente autorizado para curar, como bem diz Machado (1999, p. 25): “aos médicos, o poder da saúde”. Com a relevância do papel social desempenhado pelo médico, uma vez que é ligado nada mais, nada menos, do que à vida e à morte das pessoas, foi-se estabelecendo um “monopólio” dos médicos sobre o controle sobre os serviços de saúde e foi responsabilizando-os diretamente pela qualidade desses serviços. Criase no imaginário popular a representação de que o médico define as políticas de

¹⁴ Até um tempo atrás, a cura podia ser exercida por qualquer sujeito que se julgasse apto para isso e como haviam poucos médicos “de formação”, eram os barbeiros, benzedores, curandeiros, feiticeiros e boticários que atendiam a maioria da população, especialmente a mais carente. Havia uma espécie de hierarquia prática onde cabia aos médicos formados a prescrição de medicamentos e aos cirurgiões-barbeiros as sangrias, considerada a parte menos nobre do exercício médico. Com o avanço da ciência o setor popular começou a ser mal visto e o charlatanismo, “uma construção social recente, produto do cientificismo da Medicina moderna”, passou a ser combatido. (Sandalowski, 2009, p. 79)

saúde. Isso embora possa satisfazer o profissional, o expõe ao funcionamento muitas vezes precarizado do sistema de saúde, especialmente o brasileiro (Machado, 1999, p. 179), tornando-o vulnerável às críticas e culpabilizado diretamente. Assim, a população pode estabelecer “uma relação de estranhamento” com seu médico.

Tal monopólio também se constituiu devido à soma de outros fatores, além do atributo de relevância da profissão, segundo Machado (1999). A influência do Estado, dando suporte, e a “peculiar falta de organização da clientela” (MACHADO, 1999; PEREIRA NETO, 2001) além da expansão do mercado desses serviços, foram cruciais para produzir um “acúmulo considerável de poder de decisão nas mãos dos médicos” quanto à “formulação de políticas de saúde” (Machado, 1999, p. 25).

Se, por um lado, as descobertas tecnológico-científicas trouxeram mais informação e confirmação sobre o “corpo e as doenças”, aumentaram os custos para os usuários, inviabilizando a oferta democrática desses serviços. Além disso, a prática dessa medicina altamente especializada necessita de altos investimentos, o que leva ao agenciamento desses serviços por “empresas de saúde, convênios e seguros” (Machado, 1999, p. 30). Isso acarretou mudanças na autonomia do profissional, no “poder de decisão”, na relação médico-paciente e no “prestígio e *status* médico” (idem), fazendo com que os honorários médicos, as consultas e cirurgias passassem a ser “intermediados por empresas” (Machado, 1999, p. 31) Com esses elevados custos e a falhabilidade da ciência em dar respostas exatas às pessoas, começou a ocorrer uma insatisfação com os modelos vigentes de saúde, uma busca acentuada a medicinas ditas alternativas¹⁵ e instalou-se uma crise de confiança. Confiança definida por Giddens (1997), como “crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correlação de princípios abstratos (conhecimento técnico)” (p.41). Ainda, segundo Giddens (idem), “a ciência perdeu aura de autoridade pela desilusão com os benefícios, associados à tecnologia, que ela alega ter trazido

¹⁵ Medicinas alternativas segundo Luz (2005) teve seu conceito ligado inicialmente a uma prática de resolução de problemas de saúde de forma tradicional, sem a utilização de tecnologia médica, em populações que não poderiam ter acesso ao meio científico. Depois a concepção de medicinas alternativas foi associada a práticas contrárias a medicina hegemônica instituída. Luz aponta como medicinas alternativas a homeopatia, a fitoterapia, a medicina chinesa, a ayurvédica, entre outras.

para a humanidade”. O que fazer, então, com os problemas das soluções apresentadas?

Luz (1996) fala sobre a crise dessa medicina enfocando principalmente a origem cultural sem, é claro, deixar de reconhecer a importância do político e econômico no contexto. O termo cultural empregado pela autora se refere à

Complexa dimensão simbólica da vida social, principalmente implicada na questão da saúde do ser humano e, conseqüentemente do seu imaginário, de suas representações e rituais milenares sobre as relações entre vida, saúde, doenças, loucura e morte. Também envolve os agentes, as práticas e os saberes que são historicamente selecionados, legitimados enfim, socialmente instituídos para lidar com essas relações (LUZ, 1996, p. 275).

Essa “cosmologia” (Tesser e Luz, 2008) apresenta a necessidade de expressar em dados objetivos físico-químicos a saúde ou a doença de um indivíduo e que, se alterados, devam ser corrigidos para que retornem aos padrões classificados como normais.

A busca por saúde e cuidados médicos, segundo Martins (2003), é em primeiro lugar simbólica, porque se quer solucionar problemas existenciais, angústias e inseguranças afetivas que são geradas pela dor, pelos sofrimentos, pelos mal-estares da modernidade. Mas aqueles que buscam tais respostas não encontram em uma medicina de paradigma mecanicista, superespecializada, o conforto para esses males, uma vez que o que é percebido, muitas vezes, não é o sofrimento, mas o sinal que pode ser observado na construção de um diagnóstico. Cada sinal percebido deve somar-se a outros e acabar encaixado num diagnóstico. O método de trabalho centrado em protocolos (*clinical guidelines*) eliminaria as influências externas à medicina e à ciência e controlaria a subjetividade, garantindo uma prática com menos erros e incertezas.

Na ausência de todos os sinais ou da discrepância de algum outro, o diagnóstico é eliminado e, como nada foi constatado, nada tem de ser tratado. Assim, a doença deixa de ser sentida pelo paciente e se ele insistir no que sente, é diagnosticado como uma enfermidade psicológica, sendo, por conseqüência, encaminhado ao especialista da área mental, o psiquiatra (Martins, 2003).

Segundo Martins (2003, p. 35), tratar o corpo em partes pressupõe eliminar o espaço e o tempo necessários para a expressão simbólica do sofrimento e isso

também se volta para o médico, pois “o trabalho de cura tornou-se um peso enorme para o profissional que se defronta com um quadro de crises existenciais, de conflitos diversos de natureza psíquica, econômica e social, que são estranhos a uma certa aprendizagem profissional, a um saber e a uma técnica eficientes para gerir modelos de doenças” cada vez mais raras nos consultórios. Sem os rituais, silêncios, gestos, cuidados e esperanças que envolvem o curador e o enfermo durante o processo da doença, a saúde perde suas significações simbólicas e a vida se torna banal e superficial. Há a perda de sentido da vida cotidiana¹⁶. Essa perda é atribuída ao sistema capitalista, onde a lógica do consumo e do individualismo se sobrepõe à convivência social, traz muitas perdas e dores ao ser humano em sua totalidade, envolvendo muito mais que órgãos e sistemas, embora possa se refletir especificamente em alguns deles, e constitui o que alguns autores classificam de “mal-estar da modernidade”. (MARTINS, 2003; QUEIROZ, 2003).

Há que se considerar também que essa sensação de mal-estar pressupõe um bem-estar total, ligado muitas vezes às concepções de saúde que são forjadas em determinadas culturas. Assim, depende de onde se parte, de qual realidade alguns conceitos são estabelecidos. No caso dos mal-estares, das angústias, elas estão associadas a um conceito de saúde ligada à definição da Organização Mundial da Saúde (ONU), para a qual ter saúde é ter completo bem-estar biopsicossocial.. Caponi (2003) analisa que os mal-estares, erros e fracassos formam parte de nossas vidas e a saúde teria que ser vista mais como a possibilidade de enfrentamento das dificuldades do que da ausência desses.

Por se tratar de uma representação social construída por meio de um conhecimento baseado na biologia, a biomedicina tem dificuldades na abordagem de outras representações sociais que não as suas. Assim, se partir de uma outra perspectiva cultural e social, própria do seu paciente, a visão biomédica não consegue entender os sentidos, os significados simbólicos da saúde e da doença, não fazendo a leitura adequada desses significados e, com isso, utilizando a forma que conhece e que domina para dar conta de tais significados. (SILVEIRA, 2004).

Portanto, não pode ser ignorada pelas pesquisas das ciências sociais a compreensão e a interpretação da necessidade das pessoas de resolver os sofrimentos. Nem tampouco se pode negar “a tentativa de propor soluções ou de

¹⁶ No sentido weberiano, de atribuição de significado às representações sobre o conjunto de práticas, valores, de uma determinada sociedade.

pelo menos ajudar a equacionar os crescentes e graves problemas das populações precarizadas em sua situação vital pelas condições de vida atual do mundo capitalista” (LUZ *in* Queiroz: 2003 p. 10). Giddens (1989, p. 14) acredita que “a teoria social tem a tarefa de fornecer concepções da natureza da atividade social humana e do agente humano (...) para elucidação de processos concretos da vida social”. É papel, portanto, do conjunto de pesquisas das ciências sociais o estudo das representações sociais dos grupos de pessoas que sofrem e vão em busca de auxílio para resolução de seus problemas.

2.2 Os pacientes

A percepção dos pacientes com relação à doença ou à saúde muda conforme uma série de fatores. As teorias ditas “leigas” sobre as doenças situam suas causas no indivíduo, no mundo natural (condições climáticas, irritantes ambientais), no mundo social (culpabilização de alguém) e/ ou no mundo sobrenatural. Estudos indicam que atribuir ou não a causa de certas moléstias a um desses mundos está relacionado com “variáveis socioeconômicas, tais como educação e posse do local de moradia” (HELMAN, 2007, p. 125). O controle econômico seria responsável por uma maior aceitação de responsabilidades pela origem de problemas de saúde, isto é, as pessoas com uma condição econômica mais favorável se sentiriam mais responsáveis pelas causas de seus males, ao contrário dos grupos menos favorecidos economicamente, cujo doente assumiria um papel de vítima, mais vulnerável e incapaz de reagir a invasões externas.

Nas sociedades tradicionais a doença era vista como “uma invasão, real ou simbólica, de elementos nocivos ao organismo, materializando (...) a intenção de prejudicar de um membro da comunidade, de um feiticeiro, de uma divindade ou de algum ancestral” (ADAM E HERZLICH, 2001, p. 79). Nas sociedades modernas, principalmente ocidentais, a representação simbólica da doença repousou sobre as relações com as condições de trabalho, com o ambiente social, mas ainda permaneceram “sobrevivências” da cultura tradicional.

A teoria sobre a causa das doenças ter origem no indivíduo é especialmente comum em nossa cultura ocidental, “frequentemente estimulada por programas de

educação em saúde realizados pelos governos” (HELMAN, 2007, p. 125). As ações e ou omissões quanto ao autocuidado estão relacionadas com modelos, valores sócio-culturais e crenças pessoais ou de uma comunidade. Não são apenas opções individuais como muitos programas de educação em saúde pressupõem. Mesmo porque muitos dos fatores determinantes de doença, desde as condições insalubres na fase de industrialização, que determinavam tipos específicos de doenças, até as doenças ditas da modernidade, como o estresse, por exemplo, dependem da relação do indivíduo com o meio social e com as relações com os demais indivíduos, consolidando os vínculos sociais.

As pessoas utilizam “conceitos, símbolos e estruturas de referência interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais a que pertençam” (ADAM E HERZLICH, 2001, p. 82). Apesar dos conhecimentos e das informações da racionalidade vigente (biomedicina) os indivíduos constroem simbolicamente suas representações para explicar a saúde ou a doença. As classes populares percebem a doença como incapacidade para o trabalho pois “a noção de saúde envolve necessariamente integração à sociedade através do cumprimento das tarefas entendidas como obrigatórias” (Boltanski *apud* QUEIROZ, 2003, p. 31). Assim, a “ideia de saúde é alienada do indivíduo e apropriada pelo meio social através da capacidade de trabalho, exatamente o contrário do que ocorre entre as classes econômicas superiores” (*ibidem*).

O primeiro passo para decidir se alguém está enfermo é a experiência da dor, a percepção de alguma dificuldade ou a constatação de uma alteração em relação a uma expectativa. Mas embora sendo um fenômeno biológico, a dor não responde a um fator meramente biológico, pois são constatados diferentes tipos de percepção dessa dor, dependendo do grupo a qual pertença o indivíduo e os significados sociais dos membros desse grupo. Portanto, não é a dor em si mesma que é decisiva, mas o significado dessa dor.

Além disso, há vários outros sintomas que podem ser também sintomas de doença, embora indolores, tais como: cansaço, irritabilidade, deficiências auditivas e visuais, por exemplo. Tais sintomas, por serem anormais, poderão ser relacionados a enfermidades, porque apresentam um início recente e também por atrapalharem o cotidiano das pessoas, em suas tarefas pessoais. Sabe-se que há alguns pacientes que consultam bem mais em função dos mesmos sintomas do

que outros¹⁷. Segundo Freidson (1978), as sociedades em que as pessoas convivam mais frequentemente com invalidez e doenças tendem a pensar menos em enfermidade e a buscar menos ajuda. Portanto, o que uma pessoa reconhece como sintoma depende mais do que parece anormal para aquele tipo de sociedade e é cultural e historicamente determinado.

Por isso a necessidade de ouvir as narrativas das pessoas de uma comunidade, essa relação saúde-doença e autocuidado, que deverá ser estudada e compreendida enquanto processo dinâmico, histórico e social. Ferreira e Brum (2000) justificam que este tipo de estudo pode ajudar no entendimento do por que certas populações procuram ajuda médica com mais frequência que outras, o que entendem por saúde e doença, como percebem a relação entre o que a mídia divulga sobre saúde e doença e o conhecimento científico e popular. Muitas vezes as pessoas têm consciência que estão doentes, mas não entendem que seja grave para procurar auxílio. Ou, outras vezes, acreditam que o que sentem não pode ser curado por médicos, uma vez que algumas doenças não são reconhecidas pela medicina.

Há a necessidade de contextualizar a procura dos serviços médicos. Segundo Freidson (1978), a compatibilidade com a medicina moderna advém do nível socioeconômico, da educação formal e também da cultura ocidental. Assim, no ocidente há maior semelhança entre as ideias de doença e saúde com as da medicina instituída oficialmente. Os estratos sociais de menor poder aquisitivo tendem a ter menos conhecimento sobre seu próprio corpo e procuram menos os serviços médicos que os estratos sociais médios; logo, aqueles possuem uma tendência a utilizar remédios mais populares ou tradicionais. Em contraposição as pessoas das camadas sociais medianas apresentam sintomas mais independentes da incapacidade para o trabalho, como o faz a classe trabalhadora. Como apresentam um melhor conhecimento sobre seu corpo conseguem reconhecer sinais de alarme e podem adotar medidas preventivas. Esse conhecimento e essa informação são decorrentes do processo educacional (BOLTANSKI, 1984), que permite aos que estudam poder fazer uma avaliação crítica e interrogativa sobre o que os rodeia, podendo questionar inclusive a ciência médica.

¹⁷ Sandra Caponi enfatiza que a definição de saúde e doença varia de pessoa para pessoa, pois depende de como cada ator social experimenta a doença ou a saúde e das tolerâncias internas e externas que desenvolve. (CAPONI, 2003)

Para compreender,

(...) realmente como os saberes, representações e discursos fazem sentido para a ação, será conveniente sempre reportá-los às necessidades cotidianas da vida das pessoas de um lado e, de outro lado, às características de suas relações sociais. Os elementos da estrutura social, bem como os sistemas de valor e as referências culturais também têm uma função. Cuidar da saúde e da alimentação, por exemplo, depende, em grande parte, de vários tipos de recursos e limitações, relacionados ao trabalho, à renda ou à vida familiar. Parar de beber ou de fumar pode ser uma decisão baseada em alguma informação ou norma, mas é preciso, para se apreciar a dificuldade envolvida, compreender suas implicações relacionais estabelecidas pela cultura do grupo de pertença do indivíduo. (Adam e Herzlich 2001, p. 86).

2.3 A doença e suas causas

Quando perguntados sobre o que causou a doença que apresentam, muitas pessoas ficaram perplexas. Podemos pensar essa perplexidade por vários ângulos. Primeiro, deve ser difícil falar sobre algo tão estranho a si mesmo. Muito embora a doença se apresente no próprio corpo, ela pode aparecer de formas não identificadas pelo paciente como suas, sendo somente inteligíveis para o médico. Em segundo lugar, como já comentado anteriormente, quando os pacientes buscam respostas do médico sobre o que tem ou a causa para seus problemas eles obtêm, não raras vezes, respostas fragmentadas e incompletas, geradas ou pela impossibilidade de haver um diagnóstico preciso ou por um problema de entendimento entre o médico e o seu paciente. A linguagem técnica, os termos pouco usuais e muitas vezes a recusa por parte do médico em responder ao paciente sobre o que ele realmente tem, também podem significar que o médico não acredite que o paciente vá compreender o que ele está lhe dizendo. Mas como as pessoas falam sobre “coisas”, é inevitável que elas componham um discurso sobre sua doença com as poucas informações que dispõe a respeito, que mesmo inconclusas e imperfeitas, geram um discurso qualquer sobre a doença ou reproduzem o discurso do médico. (BOLTANSKI, 1984, p. 69)

Incapazes de emitir um discurso que reproduz o do médico ou mesmo de repetir textualmente o discurso deste, os membros das classes populares constroem, com o discurso do médico, um outro no qual exprimem quase

que apesar deles próprios e, como se verá, através do jogo das interpretações, suas representações da doença. (BOLTANSKI, 1984, p. 70)

A construção do discurso sobre a doença se faz com informações do médico que sejam compreensíveis ao mundo do paciente. Assim ele retém palavras ou expressões que lhe sejam significativas, compreensíveis para a sua realidade e para o seu grupo. O problema é quando os pacientes não conseguem associar um nome que lhes pareça muito difícil referente a uma doença ou a uma medicação prescrita e transportá-la a esse discurso.

Falar sobre a própria doença necessita de uma elaboração mental acerca da própria doença. Helman (2007) classifica as crenças relacionadas à doença como “externalizantes ou internalizantes”. A crença externalizante refere-se às causas das doenças consideradas “externas”, vindo de fora do corpo da pessoa doente, ou seja, são provenientes do mundo social. Por isso quando perguntados sobre a causa da doença, muitos entrevistados examinaram com detalhes “as circunstâncias e os acontecimentos sociais de sua vida que precederam a doença” (HELMAN, 2007, p. 130), condições do trabalho, relacionamento com os amigos, os vizinhos e os parentes. Assim, as respostas tomam forma de histórias de vida, que analisam situações até anteriores ao nascimento, hereditárias, que buscam dar um sentido à experiência da doença e ressignificá-la no contexto da vida do indivíduo.

Essas narrativas também falam da vida social de cada pessoa no grupo, do cotidiano e das exigências do trabalho e de sentimentos e sensações que antecederam algo que veio a romper com a estrutura até então estabelecida. Para que a pessoa narre a história ela precisa saber o momento em que houve esse rompimento, isto é, qual foi o primeiro sintoma e o que ele significou, o que o fez parecer que antes tudo era normal e tranquilo, por que o que conhecia antes era normal. Antes, o que significava estar saudável para aquela pessoa? Como ela passou a perceber que estava doente? O que mudou na sua vida que foi percebido como início de uma doença? Para poder responder a essas questões a pessoa deve ter introjetada uma ideia prévia do que considera como normal, como saudável, de que forma o seu corpo funciona e o que consegue fazer com o estado de saúde que possui.

A outra crença a respeito da origem das doenças é que ela ocorre “dentro do corpo do indivíduo, sempre enfatizando os processos fisiológicos e patológicos para explicar como e por que determinadas pessoas adoecem” (HELMAN, 2007, p. 130). Essa é a visão da medicina biomédica, do modelo atual que considera as alterações fisiológicas para explicar as doenças e não considera os fatores sociais e psicológicos que “precederam” os sintomas.

Assim é que temos várias histórias que tentam dar conta de explicar o porquê das pessoas ficarem doentes. As questões que mais aparecem quando da composição do Discurso do Sujeito Coletivo referem-se à hereditariedade de certas doenças, recebidos do pai ou da mãe, e que contemplam não apenas o entrevistado, mas irmãos e até filhos. A noção de que a doença foi passada pelo sangue também remete a uma marca que receberam e contra a qual pouco ou nada podem fazer. Um dos entrevistados aceita com tranquilidade o fato de que é uma predestinação, uma herança e como tal não deve ser negada. Aceitá-la seria a melhor alternativa, como pode-se observar-se nas falas: “o que tem que acontecer vai acontecer”; “é de família”, “eu já tinha tendência”.

As representações sobre as doenças são tão ou mais importantes do que as doenças em si. (FREIDSON, 1978). O que significa ficar doente devido àquilo que se come ou bebe? A questão da alimentação e das orientações dadas pelos médicos a respeito dessas será detalhada mais adiante. Mas convém destacar que as pessoas assimilaram o conhecimento científico de que certos alimentos podem provocar ou piorar doenças; contudo, não deixam necessariamente de utilizar tais alimentos. Como a população pesquisada por Queiroz (1991), aqui também se percebe que o tratamento, mas também a origem das doenças, é determinada pelas condições “concretas de vida que, muitas vezes, não coincidem com a representação do que seria o ideal para uma determinada situação de doença” (p. 124). Entre essas condições não se pode desconsiderar o fator econômico, associado a ter que estudar ou trabalhar mais para poder dar conta das exigências da vida, a abrir mão de tempo para lazer, a optar por alimentos de valor calórico mais elevado, embora com qualidade nutricional discutível. Decidir sobre a própria saúde pressupõe ter condições para fazê-lo e isso passa pela liberdade de opções asseguradas as possibilidades de ter opções. (QUEIROZ, 1991)

Ficar doente pressupõe também entender tanto a alteração de um estado biofísico, com mudanças em órgãos e sistema, mas também alteração de um estado social, onde mudanças ocorrem na convivência e comportamentos humanos relacionados em um tempo e lugar, variando conforme a cultura e os valores de uma sociedade (Freidson, 1978). Assim é que a causa de uma doença não pode ser meramente encarada como uma alteração biológica, mas também social. Por outro lado não há como se desconsiderar a dimensão vital, isto é, não se pode reduzir a doença a uma condição somente social, mas também biológica. Utilizando o conceito de Caponi (2003), é possível definir saúde como a capacidade de tolerância às infidelidades do meio. Assim podemos compreender porque um mesmo fator etiológico pode adoecer alguns sujeitos e não outros, porque alguns se queixam de mais dores que outros ou ainda porque alguns consultam mais do que outros. Pode-se pensar num conceito relativo de saúde, pois existem pessoas mais ou menos saudáveis em situações concretas de existência. Assim temos que a capacidade de tolerância para enfrentar as dificuldades inerentes à existência está relacionada tanto a valores biológicos como sociais.

Analisando os dados coletados nessa entrevistas, pode-se constituir um sujeito coletivo da seguinte forma, quando perguntados da causa de seus males:

Eu acho que é quem está estudando demais. Não ficar doente é sorte. O barulho do bairro também causa dor porque todos ficam mais juntos. Também o trabalho demais, o remédio que eu tomei demais. Eu acho que é hereditário, minha mãe tinha, mas o que tem que acontecer vai acontecer. Tem a ver com o fato de eu ser motorista, comia muito, viajava muito. Também tem a ver com os nervos, só sei que a gente não pode levar susto. A doença dá de tanto pensar, a cabeça deu muito nó, a preocupação com tudo, me preocupo muito com a família. (DSC)

Duas são as possibilidades de interpretação para a questão dos nervos citada pelas pacientes. Primeiro “sofrer dos nervos” enquanto doença em si é uma patologia própria que compreende diversos sintomas que vão desde ansiedade¹⁸, sensações de angústias, sufocação, aceleração do coração, algo “embolado” que gera sufocamento, dores pelo corpo, dores de cabeça, alterações no sono e no sonhar, brigar por qualquer coisa, rir e chorar sem motivo aparente ou evidente.

¹⁸ Denomina-se aquele estado psíquico acompanhado de grande excitação e que se apresenta com uma sensação de constrição da garganta (SILVEIRA, 2004)

Deixar de fazer o que gostava ou ser completamente alheio aos que estão em sua volta, não se importar com muita coisa, até estados mais intensos como catatonia¹⁹ ou imobilidade total, também são apresentações desse amplo espectro de sintomas físicos e psicológicos.

Esses sintomas, segundo um estudo de Silveira (2004), são denominados “nervos” como doença, mas trata-se de um conceito popular, isto é, não há um equivalente na biomedicina, ou algo já estabelecido como uma síndrome que conste dos livros específicos de medicina²⁰, sendo denominada por essa autora como uma doença cultural, ligada principalmente aos relacionamentos interpessoais. Para a medicina oficial algo similar seria uma crise nervosa que é chamada de “piti”, “histeria” ou “agazão (H)” como na denominação do tempo do meu curso de medicina. Frequentemente, quando chegavam mulheres em alto nível de estresse e com determinados sintomas, elas eram imediatamente rotuladas como histéricas e tratadas como tal, sendo que os estudantes de medicina muitas vezes as desprezavam em função de não terem uma patologia tratável ou interessante aos olhos da biomedicina. Relatos há em revistas e estudos de caso que muitas mulheres morriam de infartos por não serem considerados seus sintomas como “doença” e não serem tratadas adequadamente a tempo (SILVEIRA, 2004). Já com relação ao atendimento de homens a situação era bem diferente. Homens com os mesmos sintomas eram investigados quanto a patologias “sérias” e raramente rotulados com crises de nervos.

Assim, a doença dos “nervos” é a caracterização de um estado muito amplo e por isso muitas vezes também designado como depressão, tanto por pacientes como por médicos, e é difícil precisar quando um e não outro diagnóstico é feito pelos médicos. (SILVEIRA, 2004).

No caso específico dessa pesquisa as pessoas dizem “sofrer dos nervos” e de “machucaduras da alma”. Isso é citado como causa para outros males maiores, como uma predisposição a estados mais avançados de doença no corpo e na alma, com os “nervos” podendo ocasionar as doenças psicossomáticas. A causa de seus males teria sua origem especialmente num lugar que seria débil, vulnerável. Essa apropriação pelos pacientes da imagem de algo que não funciona bem no todo mecânico, influenciado pela visão mecanicista biomédica, se faz presente nas falas

¹⁹ Estado temporário de paralisia motora, de natureza emocional (SILVEIRA, 2004).

²⁰ Como os tratados de Medicina, por exemplo, Cecil Textbook of Medicine.

“eu tenho nervos fracos, por isso estou doente” e também para justificar determinados comportamentos do ponto de vista emotivo, como uma paciente que disse não ter controle sobre os “nervos” como algo alheio a si. O nervoso é quase sinônimo de estresse ou de preocupação excessiva. Aparece como consequência direta das relações conflituosas de difícil resolução e com o andamento da vida de filhos, netos e familiares em geral.

Por se tratar de uma doença cultural (SILVEIRA, 2004) e influenciada por fatores culturais, os “nervos” não têm um tratamento específico e muito menos uma conduta baseada em protocolos. Por isso, quando uma pessoa consulta com alguns sintomas físicos e que são diagnosticados pelo médico como psicossomáticos, o tratamento não passa de uma receita azul, que indica a dependência medicamentosa para tal situação. O uso da palavra “nervos”, então, passa a ser apropriada pelos médicos para que eles consigam fazer o paciente entender o que ele tem, sem maiores detalhes. É muito comum que os pacientes, principalmente aqueles que acreditam em “soluções mágicas” queiram tais medicações, especialmente pelo efeito sedativo e miorrelaxante²¹. Há diversos relatos de pacientes que falam do uso desses medicamentos em frente a cada dissabor do seu dia-a-dia, alguns utilizando tais medicações várias vezes ao dia, originando efeito-rebote e tolerância aos efeitos.

Eu ficava ruim assim, me dava uma espécie de depressão, eu procurava os médicos pra me dar um calmante e nunca quiseram me dar. Me dizem, não, a senhora não precisa tomar calmante para nervos, essas coisas assim. Cheguei em casa e tomei uma aguinha doce. Não é preciso. Depois já foi sim, depois já foi... To tomando remédio agora, o médico me deu ... pra nervos, pra pessoa dormir, mas mais que eu durmo!? Durmo sentada! (E16).

Além do nervoso, o susto é citado também como causa de adoecimentos. Mas aqui, através do exposto pelos entrevistados, o susto não assume o caráter de doença cultural encontrado em outros países da América Latina, que seria associada ao “roubo da alma do indivíduo” (SILVEIRA, 2004, p. 70). O susto seria entendido como uma emoção muito forte diante de algo não esperado, um “abalo” que provocaria “um aumento da pressão” porque mexe com “os nervos”, com o emocional de cada um. Susto e nervos seriam causa e consequência, ambos muito

²¹ Relaxamento da musculatura esquelética, ocasionado por esse tipo de medicação (FERREIRA, 1986).

interligados e relacionados a uma forma de reação das pessoas de camadas de baixa renda a uma desestruturação de suas vidas ou dos seus familiares, gerando ansiedade frente ao novo, ao desconhecido e incerto.

2.4 O motivo da consulta

A busca à consulta médica no posto envolve, na maioria das vezes, múltiplos motivos, isto é, as pessoas consultam não apenas por uma doença aguda que tenha modificado ou alterado sua rotina, mas “aproveitam” para resolver vários problemas, sejam deles próprios ou de outros, como os da mãe, do filho, do marido, etc. E também tentam atualizar suas receitas, pedir exames para ver como anda sua saúde ou a evolução de sua doença.

Ao longo das entrevistas ficou difícil abordar apenas uma patologia ou um único motivo e com ele discorrer toda a entrevista. Algumas vezes os pacientes falavam de doenças mais presentes, que atrapalhavam no momento suas vidas. Em outros puxavam as doenças crônicas que possuem e discorriam sobre elas, suas origens e causas, e o que faziam com relação a elas. Muitas vezes outras doenças vinham à tona, especialmente as crônicas, quando se perguntava sobre as orientações médicas afora os medicamentos. Tais doenças crônicas parecem estar assimiladas pelas pessoas, fazendo parte de suas vidas, não mais como limitações recentes, mas com algo que deveriam aprender a conviver até a morte.

Dor de cabeça (enxaqueca), receita de remédios de uso contínuo, pedir requisição de exames, controle de doenças crônicas (diabetes e hipertensão), pré-natal, exames preventivos (Papanicolau), doença aguda (cistite), controle de outras doenças (nódulo mamário) e resultado de exames, constituem as principais demandas citadas pelos informantes deste estudo.

Aqui não se pode constituir um único Discurso do Sujeito Coletivo, pois não há um discurso homogêneo, mas vários discursos, ou seja, vários Discursos do Sujeito Coletivo. Como já comentado anteriormente, quando não se estabelece um discurso único pode-se pensar que exista um discurso muito complexo que necessite ser desdobrado ou que se apresentem discursos discordantes e pela questão metodológica não possam ser agrupados (Lefèvre & Lefèvre, 2000). Nesse

caso específico, quando se pergunta sobre o motivo da consulta tem-se que pensar nas múltiplas necessidades individuais que variam conforme a tolerância à dor, por exemplo, ou o que as pessoas entendem como saúde ou doença.

Os estratos sociais de baixa renda tende a sentir a doença como incapacidade para o trabalho (BOLTANSKI, 1984). Essa incapacidade pode não ser percebida se a pessoa estiver habituada a ela. Muitos indivíduos pesquisados não consideravam as dores como um problema em si, mas próprias de uma doença, desenvolvendo com o tempo uma tolerância maior à dor que outros indivíduos menos habituados às sensações do seu corpo. Assim, as pessoas de estratos sociais médios têm condições de perceber manifestações primárias do seu corpo podendo prevenir enfermidades mais graves, enquanto aquelas de estratos que detêm menor poder aquisitivo procuram ajuda somente quando a doença avança e incapacita.

A doença é, então, o resultado de múltiplos fatores que estão relacionados com os “modos de andar a vida” “num sentido amplo no qual o organismo biológico é visto como um todo muito maior do que a soma de seus órgãos e estruturas” (QUEIROZ, 1991, p. 117). Embora esse conceito seja do conhecimento dos profissionais que atuam no setor da saúde, a unidade de saúde de Jaguari não possui uma equipe multidisciplinar que trate o paciente no seu meio social, com ênfase na saúde coletiva, e que aborde questões não somente ligadas à saúde, mas sim que considere o paciente em seu complexo sistema biopsicossocial. É muito presente a organização medicocêntrica aqui. As enfermeiras até realizam coleta de exames preventivos, mas alguns ginecologistas da unidade informam a seus pacientes que não acreditam na fidedignidade desses dados e orientam-nas a realizarem tais procedimentos somente com profissionais médicos, segundo informações obtidas na sala de espera. Mas os médicos também reclamam da demanda excessiva e não dão conta de resolverem os problemas apresentados tanto pelos pacientes ou pelo sistema de saúde vigente.

Com relação à busca de ajuda psicológica, a demanda também é excessiva e a unidade possuía apenas um profissional no momento da pesquisa, que não conseguia dar conta da procura. Alguns médicos também não acreditam que tal profissional possa resolver os problemas dos pacientes, enquanto outros fazem questão de encaminhar seus pacientes a esse profissional, porém, sem deixar de

prescrever medicações psicotrópicas. Não há psiquiatra na rede municipal, sendo a maioria dos médicos clínicos gerais, que tratam os casos específicos, e encaminham os mais graves aos hospitais de referência em Santa Maria ou Lajeado.

A consulta médica também aparece nesta pesquisa como uma rotina, um evento que faz parte da vida das pessoas. Tanto é que os usuários da unidade de saúde analisada escolhem os dias (se são mais movimentos ou não) que querem ir consultar, pedir receitas, solicitar exames, ver como estão controlando suas doenças. Há inclusive um “senso comum” no município e na unidade de saúde de que quem consulta são sempre os mesmos. Para tanto, é necessário “estranhar” esses comentários, isto é, “romper com o senso comum”. A origem dessas falas parte, em sua maioria, daqueles que trabalham na unidade de saúde, médicos, pessoal da enfermagem e atendentes. Também alguns pacientes, que se dizem menos frequentadores da Unidade referem-se a essas pessoas que estão sempre no posto. Por ocasião dessa pesquisa pode-se observar realmente a frequência maior de alguns moradores do bairro mais populoso e mais carente de recursos do município. Na época em que eu fazia parte da equipe da saúde da Família e esse bairro era parte da área delimitada da atuação desse programa, foi constatada uma diminuição das consultas na unidade central de saúde, uma vez que o atendimento realizado pela equipe da saúde da família se fazia em um local distante do posto.

Essa prática recorrente de visita ao posto de saúde, não exclusiva do município estudado, pode suscitar algumas reflexões. Uma delas é realmente a orientação médica de que os pacientes consultem por qualquer problema de saúde e não tentem resolver em casa através de outros meios, que não os oficiais, quer dizer, por conta própria, se automedicando. Também há o caso da concessão de medicamentos. Conversas informais no posto de saúde citam casos em que as pessoas retiravam receitas iguais com vários médicos para manterem um estoque de medicamentos para não ficarem sem, caso ocorresse uma falta dessas medicações na unidade²². A unidade de saúde tenta, com algum sucesso, informatizar esse controle de retirada por paciente de medicações, mas o controle

²² A aquisição de medicamentos pela Unidade de Saúde se dá normalmente por duas formas. Uma delas é que o Ministério da Saúde repassa os medicamentos considerados essenciais. Relatos há que às vezes os atrasos são muito comuns nesse repasse. Outra forma de aquisição é a compra realizada diretamente pela Prefeitura Municipal, através de licitações. Como esse processo demanda tempo e procedimentos legais, às vezes ocorre demora na aquisição da medicação e alguns pacientes relatam que falta medicação no posto. Outra causa para a demora na compra das medicações é relatada quando da troca de governos, tanto na esfera municipal, estadual ou federal.

total ainda não foi obtido. O controle deveria se dar pelos médicos que manteriam fichas atualizadas dos pacientes e nelas colocariam as datas das últimas receitas. Mas, muitos profissionais não atualizam essas fichas e agora o controle está se fazendo por fichas de pacientes que constam na farmácia da unidade de saúde.

Outra reflexão sobre essa prática de visitas frequentes de algumas pessoas ao posto de saúde pode ser pensada a partir do que se entende por saúde e por doença. Para Canguilhem (apud Caponi, 2003) ao falar-se de “saúde deficiente, estamos falando da restrição da margem de segurança, da limitação do poder de tolerância e da compensação às agressões do meio ambiente” (p. 61). Isso nos ajuda a compreender porque a resistência à dor, a busca por auxílio médico e o entendimento do que é considerado saúde e doença varia de indivíduo a indivíduo, dependendo tanto de suas características físicas quanto do ambiente social no qual encontram-se inseridos.

2.5 A cura

A maioria dos entrevistados não acredita na cura de suas doenças. Isso fica claro nas falas, principalmente com relação às doenças crônicas. Há uma grande divulgação na mídia dessas doenças e os médicos reforçam, segundo os pacientes, em cada consulta, a importância de se manter a medicação para controlar a doença. Parece que eles reproduzem, de certa forma, essas informações recebidas, e assimilam de tal forma que nem as questionam. O que as pessoas pensam, segundo Boltanski (1979), é o resultado da “união das inteligências humanas” (p.87) que sofre mudanças conforme os momentos histórico-culturais. A ciência contribui para mudanças na maneira de pensar e se difunde “pelo ensino, pela conversação, pelos livros e jornais” e especialmente nos dias atuais pela televisão e internet sendo assimilada pelas pessoas e constituindo o seu pensar. Assim os pacientes normalmente reproduzem e representam à sua maneira as definições de saúde e de doença, passada pelos médicos e pela mídia.

Quando se trata de doenças ditas “da cabeça”, como depressão, mal-estares, tristeza, “machucaduras da alma”, a cura pode ocorrer pela busca de uma religião, na realização de tarefas designadas pelo médico ou pela própria pessoa, que não

acredita que precisa de remédios receitados pelos médicos e pode recorrer a chás ou benzimentos.

Mas quando se trata de doenças agudas, de etiologia conhecida, os pacientes acreditam na cura, dependendo diretamente da medicação. Aliás, o remédio é a grande chance de cura e manutenção da estabilidade de certas doenças crônicas, conforme relatos fornecidos durante o trabalho de campo.

Há uma reprodução constante da fala do médico pelo paciente quanto à cura, o que não diferencia essas duas percepções. Mas também há casos em que os pacientes não concordam com a condução dada a seus problemas. Por exemplo, uma paciente discordava da médica no que se referia à resolução espontânea de um problema de saúde. Segundo a percepção da paciente, o problema não se resolve sozinho sem o uso de medicação. No seu imaginário, ela teria um início de uma doença muito pior, que ficou subentendida como um câncer. Assim ela acredita que a cura para a doença por ela imaginada, tenha que ser algo drástico, como uma quimioterapia. Interessante frisar que a paciente apresenta um nódulo mamário, que a médica disse que era benigno e que os exames mostraram que não há muito com o que se preocupar, pois pode haver resolução espontânea. Por que, então, em alguns casos, a medicina, com toda a sua tecnologia, passa a ser questionada, desacreditada? O que faz essa paciente pensar que tem algo mais do que é dito pela medicina? Em que realmente ela acredita? Ou será que a relação estabelecida com sua médica não lhe deu confiança nesse diagnóstico?

A representação que as pessoas fazem da medicação também influencia diretamente na ação dos medicamentos. A cura para um problema como um nódulo, que para a paciente representa mais do que isso deveria ser um remédio mais forte, a quimioterapia. Boltanski (1984) destaca que os pacientes costumam rotular os medicamentos em ordem crescente de eficácia, ficando os xaropes, por serem doces, como menos eficazes. Em seu oposto, a injeção, como exige uma técnica mais específica e por ser de administração mais dolorosa, seria considerada mais eficaz. E além de ser considerada mais eficaz ela também representa que a doença não é tão simples que possa ser resolvida com poucos recursos.

Apesar dos pacientes reclamarem, algumas vezes, do excesso de formalismos e da postura técnica dos médicos, não acreditam em outras formas de cura senão a medicina tal como se lhes apresenta, com a carga de exames, com

uma prescrição recheada de medicamentos alopáticos e com a postura extremamente técnica dos médicos. E se colocam nas mãos de Deus e dos médicos, como na fala:

Dizem que não. Eu to consciente que dizem que não, que não tem cura. Eu me coloco nas mãos de Deus, né, Deus é quem sabe, né, mas dizem os médicos que não tem cura, que a gente não pode parar de tomar o remédio, porque ela volta, então de certo não tem cura, né. (E17)

2.6 Ajuda para a doença

Sentir dor, algum desconforto ou incapacidade, como já citado (FREIDSON, 1978), são pressupostos de que algo não anda bem com a saúde. Assim, a saúde, tida até então, como um “bem invisível” passa a ser percebida pela sua falta. Buscar ajuda para esse sofrimento faz parte da condição humana. Conforme Helman (2003), em quase todas as sociedades as pessoas contam com várias formas de ajuda, seja através de si próprias, pelo autotratamento, seja acionando contatos familiares ou buscando ajuda de outras pessoas. A opção pela ajuda pressupõe, ainda segundo esse autor, ter opções. Assim, numa sociedade onde quase não existam médicos e haja uma cultura popular ou tradicional de atendimento, a primeira opção pode ser procurar um amigo, um curandeiro, até um padre, principalmente se a dor ou o sofrimento forem sentidos “na alma”. Então, além da pré-condição de existência de opções, a busca de ajuda depende também do tipo de sofrimento.

Consultar ou não um médico também pressupõe existir um que atenda naquela localidade ou que se disponha de dinheiro para pagá-lo; e, se isso não for possível, que não precise ser pago ou que o seja pelo Estado (HELMAN, 2003). Observa-se na bibliografia de referência, que há múltiplas formas de auxílio que coexistem na maioria das sociedades. Mas, embora coexistam muitas formas de tratamento elas diferem entre si, pois são baseadas em paradigmas diferentes, podendo ser contraditórios ou não entre si. Contudo, para aquele que busca ajuda, “a origem desses tratamentos é menos importante do que sua eficácia no alívio do sofrimento” (HELMAN, 2003, p. 71).

Quando dessa pesquisa foi perguntado aos informantes a quem recorreram quando sentiram os primeiros sintomas e as falas foram agrupadas conforme dois critérios aqui adotados. Em um discurso foram agrupadas as falas que consideraram a medicina oficial e os seus agentes como primeira opção na busca de ajuda. Outro discurso foi constituído pelas falas em que a procura ao médico não se apresentou como primeiro acesso à solução dos problemas.

Tinha aquela... agente de saúde... fui direto ao posto... como tinha uma senhora que media a pressão... me levaram para o médico... já me levaram para o médico. Hoje em dia esta que é mais remédio de médico... porque as pessoas primeiro vão no médico do que no chá, né". (DSC 1).

Às vezes eu procuro o benzedor... que nem tudo é para médico... primeiro tomo chá, depois vou ao médico... levei bem duas semanas pra ir. A gente vai atenta em casa, tomar um paracetamol, tomar um chá. Então a gente não corre só para o médico... Eu não sou muito de ir ao médico. Depois eu consultei... quando me dói a minha cabeça a minha fé é ir ali pra "nega veia" (a benzedora vizinha) pra me benzer... E as minhas orações. (DSC 2)

Embora pareçam heterogêneos e contraditórios a princípio, esses discursos convergem para um ponto em comum, ou seja, algumas pessoas recorrem a chás e benzimentos por primeiro, mas por fim todos recorrem ao médico, especialmente quando não conseguiram dar conta de seus sintomas com a solução inicial. "A procura para problemas de doença ou mal-estar passa quase sempre por três vias... os médicos ou farmacêuticos, os benzedores e os promotores domésticos (geralmente a dona de casas) da medicina caseira" (QUEIROZ, 1991, p. 31), mas todos terminam por fazer uso da medicina oficial, dos serviços médicos.

Helman (2003) classifica o atendimento às pessoas que buscam ajuda em três setores: o setor informal, o setor popular e o setor profissional. O setor informal seria aquele não especializado em que "primeiramente se reconhece e se define a falta de saúde e onde são iniciadas as atividades de cuidado à saúde" (p. 72). Seriam incluídos aqui o autotratamento ou automedicação, os conselhos de vizinhos, amigos e parentes, os grupos de auto-ajuda e outras atividades de igrejas. Também entram no rol do setor informal aquelas pessoas que são procuradas por terem alguma experiência com doenças, por terem ficado doentes ou por terem convivência com doentes e médicos, que já tenham tido filhos, que já tenham ficado doentes. Essas pessoas são convidadas a emitir opiniões sobre a situação de saúde e de doença de vizinhos e conhecidos, como também verificam a pressão arterial e até emprestam medicamentos que julgam eficazes para certas doenças. Não é

incomum no dia-a-dia da prática clínica a referência que os pacientes fazem à utilização de medicações que seu vizinho utilizava e por isso se acreditava que pudesse ajudá-lo. Mas a família ainda é tida como a principal responsável por esse tipo de assistência e a mulher como a principal “provedora de serviços de saúde”.

Nesse tipo de atendimento há uma “hierarquia de recursos”. Desse modo, primeiro as pessoas buscam se tratar ou perguntar às pessoas próximas o que está acontecendo. Conforme o sintoma, elas utilizam chás e/ou recorrem diretamente a medicações tradicionais, industrializadas em sua maioria, mas de conhecimento popular, como é o caso da utilização de Aspirina e chá e do Paracetamol: “Eu compro uma aspirina, eu tomo um remedinho, um chazinho, né, faço de laranjeira” (E12). A hierarquização prossegue em direção a outras vias de atendimento, procurando o paciente ajuda tanto nos setores profissional como popular.

O setor popular de atendimento, mais comum em sociedades não industrializadas, nas quais existe a figura do curandeiro, apresenta características específicas de tratamento. Para Helman (2007) a maioria das sociedades possui curandeiros populares, que pertencentes à comunidade onde vivem, possuem as mesmas crenças e origens daquelas pessoas que buscam sua ajuda. Nessa pesquisa a presença de uma benzedora no bairro faz com que as pessoas se sintam mais seguras com relação à sua saúde. Quando buscam uma benção sabem que a “Nega Veia” vai entender e ajudar da forma que eles acreditam e também sabem que ela não fará qualquer julgamento das suas vidas. Há um envolvimento afetivo nessa relação, que se faz no cotidiano. Os discursos abaixo reforçam a utilização de alternativas à medicina tradicional:

Já me benzi e acredito. Graças a Deus eu sarei, com os remédio e com as benzeduras... acho que é mais forte a benzedura. Geralmente é criança que benze... a mãe benzia, só que agora ela parou. Eu tenho muita fé em benzimento. Tenho mais fé em benzimento que em remédio às vezes. (DSC 1)

Eu compro uma aspirina, eu tomo um remedinho, um chazinho. Chá eu tomo, mas não pra essas coisas... o sene pra emagrecer. Tem gente que usa... chás caseiros. Eu não tomo nada disso, eu só tomo o meu remédio e a minha pressão tá boa agora... e eu mesma me automedico... invento. O chá, sim, dependendo, assim, uma gripe, uma coisa assim, tu faz um chazinho ali, um remedinho para a garganta... mas eu não sou de chá para tudo. Tem gente que acha que vai tomar chá e vai curar câncer, vai curar isso, aquilo. Eu até tomo essas medicação caseiras, só que assim, não é sempre...na maioria das vez eu acho que é bom...só que hoje em dia ta que é mais remédio de médico... porque as pessoa primeiro vão no médico do que no chá... (DSC 2)

Os benzimentos e usos de chás são utilizados geralmente associados com medicações alopáticas, de farmácia. As pessoas tentam resolver seus problemas segundo uma lógica de imediatismo, isto é, não há tempo a esperar para ficar bom, sarar, curar. Tudo tem que ser resolvido o mais rápido possível. Na pesquisa de Queiroz (1991, p. 46), a utilização das medicações caseiras também se faz segundo uma lógica “sintomática (...) em consonância com as necessidades do sistema produtivo” se aproximando “do consumo de medicamentos industrializados e, em várias ocasiões, se faz em sintonia e em associação com esses últimos” (p. 40). Uma entrevistada relata claramente a relação com os chás:

A gente vai atenta em casa, tomar um paracetamol, tomar um chá. Eu costumo muito toma chá, eu tomo um chazinho, eu sei: pro estômago, tomar macela, uma carqueja, né; pra pressão as irmãs da pastoral me disseram né, que tomar esses chás. Eu tomo e vejo, se eu to meio tonta, tomo e me sinto bem. Tem também umas assim as, como é que eu vou lhe dizer, não sei se é depressão, ou é estado nervos, tem dias que dá aquele, aquela ansiedade, aquele arrocho no peito, aquela, então eu tomo chá de alecrim, também. Eu tomo chá de alecrim e me passa. (E16)

Essa mesma paciente também reclama da rejeição do médico frente aos chás. Segundo ela:

A gente pensa, de certo um dia dará uma mexida com os nervos, né. Então, a gente já pega e já toma um chá, uma água de melissa, uma coisa, e não vai, e ele (o médico) diz que esta errado, que tem que ir... e ele (o médico) diz então continua tomando teus chás, ele me respondeu assim. Então pra que que veio aqui, toma teus chás, ele me disse assim, ele não gosto. Aí eu perguntei pra ele assim, mas doutor, mas do que são feitos os remédio, não são de ervas? Diz ele, é vocês não tem limite. Vocês são capaz de comer um pé de árvore inteira (E16).

A medicina oficial, embora reconheça a fitoterapia como especialidade, tem dificuldades no entendimento da função específica dos chás. Mas, apesar disso, eles são recomendados como coadjuvantes em diversos tratamentos: para insônia, como calmante e como fornecedor de hidratação no caso de gripes e resfriados.

Cabe questionar, com o advento tecnológico e medicamentoso e a extensa divulgação midiática desses recursos, por que, em algum grau, a medicina popular ainda é acionada? A questão dos chás parece mais fácil de entender. Os pacientes os utilizam para alguns casos e vêem nos chás alternativas viáveis também economicamente, uma vez que plantas medicinais podem ser encontradas nos

quintais desses pacientes ou de parentes e vizinhos. Tal utilização também não entra em conflito com a medicina oficial, aliás, se alia a essa e complementa-a, como no caso da paciente que utiliza o chá com a “Aspirina” ou com paracetamol, ambos remédios analgésicos utilizados comum e livremente como se fossem inócuos²³. Essas medicações, aliás, são vistas como uma forma “caseira” de combate a dores e vários problemas, que vão de dores de cabeça a dores no corpo, até ansiedades. A medicação alopática penetrou nas camadas populares de forma que parece fazer parte dessa cultura.

Outro fator que contribui, segundo Queiroz (1991), para o uso da medicina caseira, é que ela, de certa forma, consegue dar conta de alguns sintomas para os quais não há uma medicação disponível ou específica.

A razão da persistência desses medicamentos (...) é que eles, até um certo ponto, complementam os vazios deixados pela medicina oficial como, por exemplo, os ‘mal-estares’ e indisposições consideradas não-graves, ou algumas doenças crônicas as quais os médicos (...) deixam de medicar, principalmente porque não existem meios de cura simples disponíveis (QUEIROZ, 1991, p. 41).

Surpreendente, neste estudo, foi a grande utilização dos benzimentos por parte dos entrevistados. Como os chás são mais “aceitos”, o seu uso é relatado com maior naturalidade no consultório, enquanto o benzimento não. Ele geralmente é associado a uma religião. No caso desta pesquisa, engloba tradições do catolicismo popular, embora não esteja associado diretamente a ela, sendo a religião que a benzedeira frequenta. Mas também se associa aos rituais do candomblé. Essa mistura não acontece somente na reza. Ela se propaga em toda a prática popular de cura. Segundo Beals (1976 *apud* Queiroz, 1991) o “consumo cultural popular” segue a lógica do sistema social onde se encontra inserido. Nesse contexto podem conviver vários “sistemas cosmológicos”, embora de bases teóricas e filosóficas inteiramente distintas.

Assim, quando são consumidas “soluções médicas” elas não seguem um processo de “conversão”, isto é, poucos são os casos de pessoas que recorrem a um único sistema ou tipo de medicina, tradicional ou oficial e abandonam os demais. A maioria delas, conforme Queiroz (1991), utiliza ao mesmo tempo os vários tipos de

²³ No sentido de não causarem nenhum dano, sendo inofensivos (FEREIRA, 1986). Os pacientes normalmente não têm conhecimento dos efeitos colaterais e nocivos de tais medicações, usando-as livremente.

cura, não as excluindo, mas sim as acrescentando ou selecionando, umas para um tipo de males, outras para outro tipo de afecções. Tanto é assim que a própria benzedora citada nessa pesquisa orienta que se procure o médico para constatar a verdadeira patologia e ela exerceria um complemento à medicina oficial, sem oferecer-lhe qualquer tipo de concorrência.

No caso da medicina tradicional, especialmente o benzimento, é mais utilizado em crianças, para proteção ou para acalmar. Segue a seguir um relato de como é realizado esse ritual pela benzedeira:

Eu rezo pra senhora vê. Em nome do Pai, do Espírito Santo, Amém. Eu digo: Com licença de Oxalá, eu vou benzer a Dra. Helen. Se tem ar da lua, ar do sol, ar pasmado, inveja, ou mar-olhado, ar no sangue, nos ossos, no nervo, estado nervoso ou também zuviado. As palavra tudo de ruim no corpo dela ou que desejarem pra ela que Nossa Senhora leve pra bem longe onde não estiver gente e nem peixe. Depois eu digo três vez isso, três vez e na terceira eu digo: cortando e alevantando tudo o que tive no corpo dela e entrego, né, pra Nossa Senhora, depois eu entrego pro sol e o sol leva pra bem longe, onde não tem gente nem peixe. Oraçõzinha simples, né, umas palavra mas olha se a senhora visse o que vem de gente ali em casa pra mim benze. (a vizinha comenta que os neto de Porto Alegre ligam pra pedi pra avó benzer) É, acalma, às vez me chegam com as crianças gritando, ali em casa, até nem, chegam com os nenezinho gritando, eu benzo saem dormindo. É um poder que Deus me deu. Eu sempre digo, ah que eu te devo, não me deve nada. Peçam pra Deus que me dê saúde pra mim o que eu desejo pra você. (Benzedeira entrevistada como paciente da unidade de saúde, 2010)

Outro setor de atendimento e assistência à saúde segundo a classificação de Helman (2003), é o setor profissional. Esse se caracteriza pela presença de profissões ligadas à biomedicina, como enfermeiros, fisioterapeutas, parteiras e do profissional médico, habilitados oficialmente. Embora legalmente reconhecida em muitos países e socialmente instituída, “a medicina científica ocidental representa apenas uma proporção pequena do atendimento em saúde na maioria dos países do mundo”. (HELMAN, 2003, p. 82).

Procurar ou não um médico pressupõe, além do acesso ao sistema oficial, “o fracasso ou o sucesso de tratamentos nos setores familiar e popular, como o paciente percebe o problema e o modo como as outras pessoas ao redor do paciente percebem o problema” (HELMAN, 2003, p. 136). Muitas vezes a decisão de consultar um médico não está relacionada tanto à gravidade de uma doença, mas mais ligada a fatores socioculturais. Entre esses fatores está presente a cultura da

consulta, isto é, além dos familiares existe uma rede de atenção básica que teria por fim estimular o paciente a buscar ajuda profissional, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde.

A procura ao médico depende de algumas variáveis de tempo, de lugar, sócio-econômicas e também de tipos de doenças. Por isto, alguns dos informantes relatam com mais frequência que o benzedor pode ajudar mais com relação às “machucaduras da alma” e certos tipos de dores de cabeça relacionadas ao estado psicológico.

Há outras patologias que os sujeitos se vêem compelidos a buscar com urgência auxílio do médico e para isso não há tentativas anteriores, principalmente no caso de risco de sintomas abruptos de mal-estar ou morte iminente. Cabe ainda ressaltar que mesmo que outras terapêuticas sejam acionadas pelos entrevistados, todos, em algum momento de sua doença, recorrem aos cuidados médicos. O médico é visto como o único detentor autorizado da ciência (BOLTANSKI, 1984, FREIDSON, 1978), do poder da cura, a autoridade legal para exercê-la e responsável pela melhora do paciente.

Consultar ou não um médico pressupõe uma variedade de razões ou “gatilhos” (HELMAN, 2007). Depende do sistema de referências pessoais onde está implícita a ideia da reação da sociedade à enfermidade. Essa reação é seletiva elegendo um atributo mais que outro, declarando o que é considerado como mais grave e exercendo pressão sobre o indivíduo para que procure um auxílio em um domínio especializado (FREIDSON, 1978). Assim, a experiência do mal-estar leva a buscar os significados desse mal-estar e de soluções para acabar com ele, o que pode levar a quatro situações: a referência procurada pela pessoa pode dizer que o que sente não é “nada” e a questão é abandonada; a pessoa escolhe buscar ajuda até um limite e depois decide não continuar e aceitar o mal-estar ou se adaptar a ele, ou a pessoa pode consultar com o setor popular e/ou também pode consultar um médico. Além disso, algumas pessoas não consultam um médico porque acreditam que a sua doença não seja aceita pelo médico como doença, como é o caso do “mau-olhado” ou de “machucaduras da alma” ou sabem que a ida ao médico não irá dar conta deste problema. Outros podem acreditar que seria melhor procurar um prático, um massagista, por exemplo, porque ele poderia provocar uma melhora

significativa, sem ter que utilizar medicamentos, que normalmente seriam prescritos pelo médico. (FREIDSON, 1978).

Conforme Freidson (1978), para consultar a pessoa precisa entender que está necessitando de ajuda. Assim, o que é doença pertence a uma cultura determinada ou a um sistema de conhecimento e significado. Nessa pesquisa a busca de auxílio médico foi motivada por sensações de doença ou mal-estar que atrapalhavam o cotidiano das pessoas, interferindo em suas atividades diárias e no seu trabalho, como sintetizado no Discurso do Sujeito Coletivo abaixo:

Começou um sábado de tarde inchar a perna e depois passei o domingo inteiro com a minha perna inchada... daí me tratei. Tinha dificuldade pra engolir as coisas, parecia que tinha uma pedra aqui dentro. Foi por causa da carne de porco que uma vez eu comi.. um mal-estar, eu sentia um calor... acho que eu fiquei nervosa, primeiro me deu uma depressão... fazendo xixi e tomando água, me dava uma espécie de depressão, eu adoeci de noite e de manhã... já tava ruim. (DSC)

Mas, alguns dos entrevistados buscaram auxílio médico não porque se sentissem doentes ou necessitando de cuidados, mas foram encaminhados por outras pessoas ou por agentes de referência, por alterações em exames clínicos, radiológicos ou laboratoriais. O discurso composto pela síntese das falas expõe com nitidez essa afirmação: “Até nem sabia que tinha, eu descobri por acaso, eu não queria consultar, fazendo aqueles chá... ele me levou no doutor, fui pra fazer mesmo o exame. Doente, doente, doente, não... sinto umas ferroadinha” (DSC).

Não foi objeto dessa pesquisa entrevistar pessoas que não utilizassem o posto de saúde. Assim, nesse caso, sempre houve a busca por auxílios médicos em uma ou outra situação, dependendo de tempo. O que cabe constatar é que as pessoas, em virtude de determinadas doenças ou em função de um tempo de recuperação optam por procurar ajuda da medicina oficial ou da medicina tradicional ou popular.

A busca por auxílio médico e a prática popular de ajudar àqueles que se sintam doentes “não se excluem mutuamente” (BOLTANSKI, 2004, p. 17). Segundo Boltanski (2004), o tratamento caseiro, popular, com medicações geralmente alopáticas, e a medicina oficial exercida pelo médico, com suas prescrições e orientações se complementam, uma vez que as pessoas já têm inculcado em seus hábitos o respeito à autoridade médica e procuram não invadir espaços do domínio

profissional. Problemas como a depressão recebe tanto auxílio de medicamentos como de rezas e diversas religiões, uma vez que essa doença é percebida como atingindo tanto o corpo como o espírito. A orientação a esses múltiplos tratamentos, nesse caso, também é estimulada por alguns médicos, que recomendam a seus pacientes que busquem outras formas alternativas, além das medicações usuais, contanto que não entre em conflito com o tratamento prescrito.

2.7 A procura ao posto de saúde

Na maioria das sociedades a medicina biomédica é instituída oficialmente como a forma legal de tratar os indivíduos que apresentam problemas de saúde e isso é garantido por lei (HELMAN, 2003). No momento em que o Estado garante legalmente essa assistência deverá provê-la assegurando os direitos do cidadão.

No caso do Brasil, especificamente em Jaguari, o acesso aos bens e serviços de saúde é uma garantia constitucional. De acordo com o artigo nº 176 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal do Brasil, 1988, art. nº 176)

Para isso e por isso foi criado o Sistema Único de Saúde – o SUS. Surgiu para ser o sistema de saúde da população brasileira, oferecendo consultas, exames e internações, mas também atuando na prevenção, ofertando vacinas e outras ações pertinentes da vigilância sanitária, com o objetivo de melhorar a vida dos brasileiros. Esse sistema é baseado em algumas premissas garantidas também por lei, que sinteticamente, são: a universalidade de acesso, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, o direito à informação às pessoas sobre sua saúde, além de outros citados na Lei Federal nº 8080/90.

No modelo vigente de saúde do Brasil, a atenção primária é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo prestada em unidades, centros ou postos de saúde, por médicos vinculados ou não à Saúde da Família²⁴.

A unidade de saúde representa, então, o acesso a bens e serviços gratuitos, a profissionais como médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos sem nenhum custo; ao atendimento universal, independente do estrato social ou da condição sócio-econômica e à distribuição gratuita de medicamentos. Segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre a percepção da população sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), denominada Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) e divulgada em fevereiro de 2011, os fatores acima citados foram os pontos considerados como sendo os mais positivos em relação ao SUS (Jornal do CFM; site IPEA, 2011).

Outro ponto importante a analisar nessa pesquisa (IPEA) é que o atendimento em postos de saúde recebeu comparativamente aos atendimentos de Equipes de Saúde da Família, as maiores pontuações como ruim ou muito ruim. Entre as justificativas encontradas os entrevistados reclamaram da falta de médicos, da demora e da qualidade do atendimento nesses locais.

Na avaliação do SUS em geral as críticas mais duras provêm de entrevistados que não tiveram nenhuma experiência com os serviços, comparados àqueles que os utilizaram. Isso parece demonstrar que quem utiliza o SUS têm uma percepção melhor a seu respeito do que quem não utiliza o sistema. Quando os entrevistados analisaram uma condição específica do SUS, como o tempo de espera do atendimento ou sobre o atendimento em si, provavelmente a sua análise teve como parâmetro uma experiência no sistema, enquanto que numa avaliação geral, como o SUS é percebido, por exemplo, a percepção pode ser influenciada por outras fontes como, por exemplo, a mídia, interesses de categorias profissionais, políticos, etc.

Essa pesquisa (IPEA, 2011) mostra, ainda, que a percepção dos entrevistados a respeito da qualidade dos serviços prestados pelo SUS pode estar

²⁴ O Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes compostas de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e agentes comunitários de saúde tem por objetivo o atendimento a uma população adstrita localizada em uma área geográfica limitada, realizando visitas domiciliares, ações de promoção e participação em reuniões em comunidades, atuando tanto na assistência como promoção da saúde e prevenção de doenças. O programa passou a ser denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF) recentemente. (www.saude.gov.br).

relacionada à representação que as pessoas têm a respeito do seu estado de saúde. Quanto melhor for o estado de saúde da pessoa melhor a avaliação do serviço do SUS e vive-versa.

As críticas ao sistema de saúde embasam a procura de planos assistenciais privativos. A saúde suplementar é procurada, ainda segundo essa pesquisa (IPEA, 2011), pela rapidez para conseguir uma consulta médica ou exame, por ser um benefício oferecido pelo empregador e pela liberdade de escolha do médico pelo qual será atendido. Isso corrobora as demandas relativas ao SUS, aponta a necessidades de melhorias no sistema público e sugere os desejos da população que são: a melhoria ao acesso, no tempo e lugar adequados, rápido e oportuno aos serviços de saúde.

Comentando os dados dessa pesquisa, o Conselho Federal de Medicina, através de nota pública (site CFM, 10/02/2011), enfatiza que às críticas à falta de médicos não é encarada como uma crítica à categoria, mas sim à gestão pública do SUS, que propõe remuneração e condições de trabalho indignas à classe médica. A percepção médica do sistema, ou pelo menos do seu Conselho Federal, é que ele é ineficiente pela incapacidade gerencial, pelo subfinanciamento, o que acarreta frequente desgaste dos profissionais e descontentamento público. Como o médico é a linha de frente do sistema ele acabaria sofrendo as consequências da gestão pública e estaria colocado num embate direto com o paciente, usuário do sistema. Com a remuneração em desacordo com a prática, ainda segundo o Conselho, muitos médicos não atuam pelo SUS, o que ocasiona um déficit de profissionais, principalmente em cidades menores. Sem médicos suficientes, os que atendem muitas vezes não dão conta da demanda, o que ocasionaria as longas esperas dos pacientes, principalmente nas consultas com especialistas (CFM, 2011).

Em Jaguari, o posto central de saúde, como local de atenção primária, é a entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Como tal é através dele que são acessadas as consultas com os médicos, a retirada de medicações, marcação de exames e os encaminhamentos aos especialistas.

A percepção dos pacientes sobre o atendimento no centro de saúde compreende as experiências pessoais e as expectativas do atendimento. Dentro dos objetivos desse trabalho foi questionado aos usuários do posto de saúde de Jaguari como percebiam o atendimento médico nessa unidade e em que ocasiões

recorriam ao posto de saúde. Embora a pergunta fosse sobre o atendimento médico na unidade, as respostas tiveram variações, abordando ora a questão do acesso a medicamentos gratuitos ora exames e encaminhamentos a especialistas. De um modo geral a avaliação do atendimento médico foi positiva. Diferente da pesquisa acima citada, não há um problema muito grande com relação à espera das consultas, nem uma queixa de falta de médicos. A queixa mais proeminente é o pouco tempo dentro do consultório, onde o médico dirige uma relação baseada na pressa e onde o paciente encontra pouco tempo para se expressar.

De uma maneira geral pode-se perceber que quem nunca teve acesso a outro tipo de assistência, particular ou por convênio, ou não foi atendido via sindicato²⁵, não apresenta queixas expressivas em relação ao atendimento via SUS. A análise comparativa fica prejudicada e o entrevistado utilizaria as suas experiências ou suas expectativas como parâmetros em relação a um “tipo ideal” de atendimento. Como depende da expectativa, parece óbvio supor que aquela pessoa que saiba como funciona o sistema não apresente queixas tão proeminentes. E também há aqueles que, sendo o sistema gratuito, não considerem justo apresentar quaisquer reclamações.

O “tipo ideal” de atendimento no posto de saúde aparece quando das críticas ao sistema atual. Alguns pacientes, como já colocado, utilizam o posto para algumas necessidades, mas acessam outros sistemas particulares em situações consideradas mais prioritárias. Para esses, a expectativa é correspondida. Assim relatam queixas de outros, não suas, porque não se sentem pertencentes ao sistema, como exemplificado na fala:

Ah, no geral, eu sempre fui bem atendida, mas a gente vê as reclamações das pessoas, que tudo é muito rápido, que às vezes tu esta bem doente, tu precisa, tu tem que aguardar, mas esse tipo de coisa graças a Deus, eu já vim sabendo que tinha que esperar hoje, primeiro me informei de tudo, né.
(E6)

Quando da pergunta sobre a quem recorriam quando se sentiam doentes, a maioria dos entrevistados respondeu que recorria por primeiro ao posto de saúde e recorrer ao posto significa recorrer ao médico. Também na pesquisa de Queiroz

²⁵ O Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Jaguari oferece aos seus associados assistência médica e odontológica, bem como possui plano de saúde para internações e exames. Os pacientes consultam na sede do Sindicato ou nos consultórios médicos pagando uma diferença pela consulta.

(1991) o posto de saúde constitui-se no recurso mais procurado quando as pessoas não se sentem bem. No caso dos integrantes dessa pesquisa, uma vez que foi realizada na unidade de saúde, todos consultam no posto, mas também porque muitos deles não têm qualquer plano de saúde. Aqueles que possuem algum plano de saúde também utilizam o posto quando percebem que não há diferença no acompanhamento médico e podem economizar com esse tipo de procedimento.

Jaguari tem sua economia baseada na agropecuária, principalmente. Há produção de várias culturas e criação de rebanhos em pequenas propriedades, constituindo-se basicamente em agricultura familiar. As etnias formadoras desses agricultores são variadas, mas é proeminente a colonização italiana, especialmente em algumas localidades. Os agricultores possuem assistência médica e odontológica na sede do Sindicato dos trabalhadores Rurais. Os sindicalizados têm acesso a “bons médicos”, considerados “os melhores” pela comunidade sendo que os mesmos não atuam no posto, conforme as narrativas dos entrevistados.

Alguns agricultores, especialmente agricultoras, são encaminhados ao Posto de Saúde para resolução de alguns problemas que o Sindicato não oferece, ou quando não existe uma diferença significativa entre ser atendido em um ou outro lugar. Nesse caso, os sindicalizados passam a utilizar o Posto de Saúde.

Eu passei pelo consultório dele, fiz ultrassom já, e ele sugeriu que eu fizesse aqui pelo posto, porque eu só tenho sindicato, né, não tenho plano de saúde, então eu vou tentar fazer pelo posto agora. Quando eu fiquei grávida da M eu fiz também o pré-natal pelo posto... Vou fazer cesariana, vou marcar cesárea de novo pra depois ligar. Dois já é suficiente, mesmo se for outra menina. (E6)

É do conhecimento geral, embora não explicitado na fala, que os médicos quando fazem laqueadura cobram diferença de valor da paciente pelo SUS. É uma prática recorrente e até aceita como normal que as gestantes já decidem pela cesariana para realizar a laqueadura. Muitos médicos recorrem ao setor público no que ele pode oferecer de melhor e gratuito e com isso estabelecem uma relação de cortesia com seus pacientes como para exames, consultas que eles realizam tanto no consultório como no posto, e consideram justo que, em função dessa ação generosa, possam cobrar alguma diferença em outros procedimentos como a laqueadura, por exemplo, ou quando realizam algum exame pelo posto, e cobram a interpretação desse exame.

Outra função específica da visita ao posto é o pedido de exames. Os exames laboratoriais em Jaguari são realizados em dois laboratórios do município, sendo o mais procurado aquele localizado dentro do hospital, que é conveniado pelo SUS. Como a maioria dos convênios cobra diferença na realização dos exames, alguns pacientes procuram o posto para trocar as requisições dos seus médicos particulares pelas do posto, sendo inclusive isso realizado pelo mesmo médico assistente. Além desses exames bioquímicos há uma grande procura no posto pela mamografia, exames preventivos de colo de útero e exames radiológicos em geral, conforme pode observar-se no relato abaixo:

Olha, eu sempre fiz todas no posto, até encaminhamento de RX de sinusite, de pulmão, de joelho, eu fiz aqui no sindicato tudo, mas o encaminhamento. Pra mim vim fazer o ultrassom, fiz pelo posto, de endoscopia fiz pelo posto, não gastei nada, não paguei nada. Agora paguei quando veio, não é, o resultado, que eu levei pro médico. Aí eu tive que consultar lá, porque foi com ele, ele não trabalha no posto, né, tem que se com médico do posto. Mas esta uma maravilha pra mim, está muito bom, tenho conseguido tanta coisa ali, sem pagar nada. (E16)

3 RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTE²⁶

A verdade médica é oriunda da colaboração do médico e do doente, num diálogo onde o papel do médico é fazer vir à tona à memória do doente o vivido que se tornará significativo.

Hipócrates de Cós

A relação médico-paciente ou paciente-médico, como defendem Adam e Herzlich (2001) constitui-se na integração estabelecida entre dois atores: um profissional de saúde, tecnicamente treinado para tal função, e pessoas das mais diversas culturas, localidades e expressões, com problemas de saúde, físicos, afetivos, sociais, a serem resolvidos.

Segundo Adam e Herzlich (2001), Talcott Parsons foi o primeiro sociólogo a propor uma análise do lugar da doença e da medicina na sociedade global para em seguida deduzir um modelo que possibilitasse compreender a relação médico-paciente. A obra “O sistema Social”, que foi publicada em 1952 traz as concepções de uma época marcada por epidemias e doenças agudas e pelo surgimento de uma medicina capaz de responder àquelas demandas. O indivíduo era visto como um meio de produção que não podia parar, sob pena de adoecendo, ser liberado das responsabilidades habituais, devendo, portanto, procurar alguém competente para resolver esse problema. *“A análise de Parsons apóia-se primeiramente sobre o conceito de autoridade profissional, fundamentado sobre um alto nível de saber formal e especializado”* (ADAM E HERZLICH, 2001:90). Parsons pensava a medicina como fundamental para o funcionamento da sociedade, como uma engrenagem indispensável num motor que não poderia parar. Portanto, nessa concepção “o modelo da relação médico-paciente, elaborado por Parsons, é ao mesmo tempo assimétrico e consensual (ADAM E HERZLICH, 2001, p. 90). O médico agiria ativamente para romper com o mal instalado enquanto ao doente, passivo, caberia o papel de reconhecer a autoridade única do médico e obedecer, para demonstrar que gostaria de “melhorar”.

²⁶ Para os fins dessa pesquisa adotar-se-á o termo relações médico-paciente, pela exposição anteriormente feita e pelas inúmeras relações que podem ser tecidas durante o encontro entre o médico e o sujeito paciente que o procura.

O estudo de Parsons é sujeito a muitas críticas pela visão unívoca, de apenas um tipo de relação médico-paciente. Há de se contextualizar que esse tipo de relação se dava em função das doenças epidêmicas, que necessitavam intervenção rápida e resolviam as doenças agudas. Hoje, com o aumento de expectativa de vida, outras doenças acabam surgindo na vida das pessoas, muitas sem cura, apenas dependendo do controle e cuidados permanentes para não afetarem a vida das pessoas, tais como diabetes, hipertensão e as doenças degenerativas²⁷, por exemplo.

Com isso o cuidado precisou ser estendido e exigiu uma abordagem mais cooperativa, sendo os pacientes considerados “co-curandeiros” (Helman, 2003). Assim, de parte dos pacientes é solicitada uma mudança de hábitos e dos profissionais de saúde uma compreensão das necessidades desses pacientes. Para que isso aconteça é necessário que os profissionais da saúde conheçam e entendam o mundo do paciente, suas crenças, medos, hábitos e realidades. Se não há esse entendimento e cooperação nas atuais interações entre pacientes e médicos, o paciente acaba não seguindo as prescrições, principalmente porque essas, mais do que medicamentos prescrevem mudanças em hábitos e estilos de vida. Isso gera crises na relação médico-paciente, para os quais os profissionais técnicos não são adequadamente preparados.

Conforme Helman (2003) com o sucesso histórico da medicina e “com o declínio da religião organizada em muitas sociedades ocidentais” há uma expectativa exagerada em relação aos médicos “sacerdotes” em “templo da ciência”. Também há uma sobrecarga de informações que os médicos tem que acompanhar. Isso acaba modelando o comportamento médico contemporâneo, como o papel dos médicos é percebido e como se desempenha esse papel. Essa “crise de objetividade e universalidade do conhecimento médico fez com que a autoridade médica e científica recuasse” (Carrara, 1994, p. 40).

Freidson (1978) e Moura (2004) contrapõe esse argumento ponderando que, mesmo diante da profusão de terapias alternativas para a saúde, a medicina formal continua sendo a mais requisitada e reconhecida no ocidente. A técnica médica, de

²⁷ Essas doenças crônicas não apresentam cura descoberta pela ciência. No caso das doenças degenerativas, elas vão incapacitando e limitando o corpo no decorrer do tempo, necessitando readaptações constantes e acompanhamento médico continuado. Para a biomedicina, a cura é uma questão de tempo, dependendo apenas dos avanços das pesquisas científicas.

difícil apreensão, e o seu reconhecimento lhe garante autonomia e privilégios que são extensivos a outras esferas da vida social (FREIDSON, 1978). Além disso, diante da autoridade outorgada e da deferência obtida pela sua perícia, a influência do médico abrange também aspectos não técnicos, como as condições de trabalho, da equipe com quem trabalha, o acesso a recursos tecnológicos, organizando não só o seu próprio exercício como o de seus congêneres, como no caso da lei do ato médico.

3.1 O encontro de pacientes e médicos

A consulta médica constitui o momento mais próximo em que ocorre a relação médico-paciente. Paciente conceituado como o indivíduo que percebe que algo não anda bem com a sua vida e vai buscar respostas e soluções para seus problemas, seja procurando médicos, benzedeiros, curandeiros, etc. O médico, aqui entendido, como sendo o profissional buscado que tem a responsabilidade instituída legalmente de reconhecer esses problemas, formular hipóteses diagnósticas e se comprometer a propor um tratamento conforme critérios clínicos, mas também que o propõe baseado nos seus valores culturais e na sua formação profissional (FREIDSON, 1978). Como fala Helman (2007, p. 139), “a consulta clínica (...) representa a transação entre duas partes separadas por diferenças de poder, tanto social como simbólico”.

As diferentes concepções entre o mundo do paciente e do médico encontram-se, pois, na consulta clínica. É no modo como essa consulta acontece que se observam os diferentes tipos de relações médico-pacientes, categorizados por estudos como de Emanuel e Emanuel, Szasz e Hollander, Stewart e Roter, entre outros.

Conforme o estudo de Emanuel e Emanuel (apud STARFIELD, 2002), as relações entre médicos e pacientes se estruturam em quatro modelos: paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo. No modelo paternalista, o médico detecta o problema e coloca a solução para o seu paciente, que a recebe e deve “obedecer”. No modelo informativo, o médico informa ao paciente as possibilidades de tratamento e intervenção e cabe ao paciente escolher entre as alternativas

colocadas pelo seu médico. Sendo o modelo do tipo interpretativo o adotado, o médico esclarece as dúvidas e auxilia o paciente a escolher a intervenção mais adequada, ajudando-o a interpretar segundo os valores do paciente, mas sob a visão médica. E se o modelo de interação for do tipo deliberativo, o médico ajuda o seu paciente a escolher a opção terapêutica entre os valores e crenças do paciente, sem a interpretação por parte do médico.

Para Szasz e Hollander (apud Freidson (1978); apud Starfield (2002)) existem três modelos de interações médico-pacientes. Há o tipo de relação em que o paciente se encontra anestesiado ou inconsciente, completamente passivo ou imobilizado, que se submete inteiramente à atuação médica. Essa relação é denominada “atividade-passividade”.

Em um segundo modelo, denominado pelos autores citados acima, de “orientação-cooperação”, e considerada “a relação médico-paciente” (FREIDSON, 1978), o médico fornece as informações necessárias ao paciente para que este coopere com o proposto. Neste modelo o paciente encontra-se consciente, foi à busca de ajuda do profissional e está disposto a cooperar, mas ainda se submete ao poder médico de conhecimento e controle, não deixando de ser totalmente passivo.

Em um terceiro modelo de interação, denominado “participação mútua” (FREIDSON, 1978), os pacientes estão conscientes e são capazes de cuidar a si mesmos. Por sua vez, “o médico não presume saber o que é melhor para o paciente” (STARFIELD, 2002, p. 296). Assim, ambos, médicos e pacientes, buscam, juntos, conduzir e negociar as abordagens mais adequadas com relação ao tratamento de uma doença. Estão incluídas neste modelo enfermidades crônicas, como diabetes e hipertensão, onde há necessidade desse tipo de interação para conseguir atingir os objetivos propostos de controle permanente e cuidado prolongado.

Freidson (1978) critica essa classificação em função de, embora apresentar uma participação cada vez mais ativa do paciente, nunca se chegar a um ponto onde o médico assuma um papel passivo nessa relação. O autor não nega a existência de situações onde o médico faz o que o paciente solicita, “cedendo” nessa relação. Isso faz parte da realidade clínica, conforme relato de alguns profissionais pesquisados sobre a comunicação médico-paciente, onde eles assumem “ceder” à vontade dos pacientes para poder negociar em outras situações

e orientações (BOLZAN, 2004). Tais cedências se expressam em requisições de exames a pedido dos pacientes, prescrições de medicações consideradas inócuas ou de efeito placebo e outras condutas que não são cientificamente confirmadas. Para o autor, tais situações não são toleradas profissionalmente, sendo até indignas e rejeitadas pela lógica médica.

Com o estabelecimento de relações mais “consumistas” na busca de saúde ideal, por meio das quais o paciente assume um papel de “cliente”, há outros tipos de relação médico-paciente entendidas. Um trabalho de Stewart e Roter (apud Starfield, 2002) classifica as interações entre o profissional e seu cliente, quanto aos graus de controle, em quatro tipos. No primeiro tipo, quando ambos possuem um alto controle, a interação passa a ser de “mutualidade”. Quando o paciente (ou cliente) tem um controle maior do que o médico sobre a relação, ela é denominada de “consumista”. Por sua vez, quando é o médico quem detém o controle maior nessa relação, ela é chamada de “paternalista”. Enfim, quando há um controle muito baixo por parte de ambos, há uma “interação falha” (Starfield, 2002, p. 296).

Classificações à parte é importante considerar que em qualquer tipo de relação estabelecida com os pacientes, “os médicos não ignoram que a principal causa de reclamações dos usuários dos serviços de saúde, refere-se à ‘comunicação’ entre doentes e médicos” (ADAM e HERZLICH, 2001). Muitas vezes, “há uma interpretação errônea da ‘linguagem do desconforto’ dos pacientes” (HELMAN, 2007, p. 140). Isso conduz a caminhos tortuosos, onde o médico não entende o que o paciente busca. Por outro lado, a utilização de jargões e um comportamento aparentemente “neutro” por parte do médico não constroem com o paciente uma relação de confiança. Se o paciente não entende o que tem, ou se o que sente é ignorado pelo médico, ele acaba não compreendendo suas sensações, como se fosse desvinculado do seu sentir e acaba não obedecendo “às ordens do médico” (ADAM E HERZLICH, 2001).

Segundo Boltanski (1984, p. 44), “... é em primeiro lugar uma barreira linguística que separa o médico do doente das classes populares”. A utilização por parte dos médicos de termos técnicos aumenta o distanciamento entre ambos, assim como a “ansiedade dos membros das classes populares face à doença e sua desconfiança desse juiz cujo veredicto se ignora” (idem, p. 42).

Para explicar este fenômeno, Kleinmann (1988) propõe a teoria dos “modelos explicativos”. Modelos explicativos são as ideias que as pessoas relacionadas numa consulta clínica têm da doença e o seu tratamento. Estes modelos explicativos incluem explicações sobre a doença, a sua gravidade, a sua causa, o seu tratamento e guiam as escolhas entre diferentes terapias e terapeutas disponíveis, bem como dão sentido pessoal e social às experiências de doença. Ainda segundo esse autor, o encontro entre o médico e o paciente é também o encontro de dois modelos explicativos diferentes e se estes modelos não são explicitados, discutidos e negociados como tal, isso implica o distanciamento entre eles, onde a mensagem de médico não é entendida ou aceita pelo paciente e, portanto, não sendo cumprida pelo paciente.

Helman (2007) também fala das diferenças entre o mundo do médico e o do paciente quando utiliza a diferença entre *disease* e *illness*. *Disease*, patologia, é a constatação médica de uma doença sob os pontos de vista bioquímico e físico. São as alterações que aparecem aos exames e são diagnosticadas como patologias. *Illness*, problema ou perturbação é como as pessoas percebem a sua doença, é o significado atribuído a uma sensação de não estar bem, são as respostas que as pessoas dão às perguntas:

- O que aconteceu comigo?
- Por que aconteceu isso?
- Por que isso aconteceu comigo?
- Por que aconteceu isso agora?
- O que aconteceria comigo se nada fosse feito?
- O que aconteceria a outras pessoas (família, amigos, empregadores, colegas de trabalho, vizinhos) se nada fosse feito?
- O que eu deveria fazer ou a quem eu deveria recorrer em busca de ajuda?²⁸

Interessa acrescentar um outro conceito além do relacionado à doença-objeto (*illness*) e à doença-sociedade (*disease*). Jean Benoist propôs o termo *sickness*, que explicaria, “ao mesmo tempo, as condições sociais, históricas e culturais da representação do doente e das representações do médico” (*apud* Laplantine, 2004, p. 16) interseccionando os conceitos anteriores já vistos: *illness* e *disease*.

²⁸

Baseado em Helman (2003).

O médico percebe, muitas vezes, sob a influência da biomedicina, o paciente segundo uma ótica analítica de órgãos, problemas a serem resolvidos e soluções a apresentar. “O doente entende sua doença em função das exigências de sua vida cotidiana e de acordo com o seu contexto cultural” (Adam e Herzlich, 2001: 97). A consulta médica necessita, então, ser um espaço de *busca de: busca de* um espaço de escuta, onde o paciente inicialmente faz um monólogo, expondo suas queixas; *busca de* compreensão por parte do profissional médico; *busca* do diagnóstico e do tratamento apropriado e principalmente, *busca de* consenso. Chegar a um consenso entre médicos e pacientes é uma posição defendida por Helman (2007). Esse conceito refere-se ao estabelecimento de uma negociação na qual cada um dos envolvidos deveria ceder em relação aos argumentos do outro, seja aceitando ou simplesmente respeitando um posicionamento diferente do seu. Ortiz (2002) ao falar sobre o fantasma do consenso contrapõe: “percebe-se claramente que a ideia de consenso implica relações de poder” (Ortiz, 2002, p. 145). Nesse estudo, consenso deve ser entendido como negociação, para a chegada em um ponto comum, no caso, o acordo entre médicos e pacientes sobre o tratamento e a possível cura.

Alguns estudos, como o de Starfield (2002), apontam a importância de uma relação médico-paciente consolidada e baseada na participação ativa do paciente e no diálogo estabelecido. O modo como é construído o diálogo, os sentimentos positivos que se formam, a empatia, o entendimento por parte do médico do mundo da vida do paciente, tecem um consenso, construindo a saúde como parte do processo de cura.

A narrativa é uma das formas de externar as explicações sobre saúde ou doença. Quando o paciente é capaz de dar voz às suas sensações e perturbações, construindo a sua narrativa sozinho, ou com a ajuda de outras pessoas, ele consegue entender o processo de adoecimento e cura. Assim, “a medicina ocidental é única no tipo de estrutura narrativa que procura impor aos pacientes. Normalmente, esse processo toma uma forma linear ao manter noções ocidentais de tempo monocromático” (HELMAN, 2003, p. 131).

3.2 O bom médico

Como já visto anteriormente, com o surgimento de novas tecnologias devido à revolução científica, a partir dos séculos XIX e XX, muitos avanços ocorreram na área médica. Logo, “a consulta, a *anamnese* e a análise clínica passaram a ser a conduta padrão de um bom médico, dando-lhe poder, prestígio e crédito junto ao paciente” (Machado, 1999, p. 25). Essa afirmação é reforçada pelas falas dos entrevistados.

O bom médico é aquele que dá atenção, tenta ver o que a gente tem, é bom, inteligente, sabe o que faz, entende, pede exames, sabe tratar por completo o paciente, conhece mais, ouve, conversa, examina, toca, apalpa, receita certo, não pode fazer nada de errado, explica o que as pessoas têm e o que não têm, é paciencioso, tem uma linguagem acessível e acerta com a medicação prescrita. (DSC).

No caso específico dessa questão, houve um único discurso englobando todos os demais. Não há discordâncias a respeito do que seja um bom médico. Os critérios de análise utilizados pelos pacientes sobre seus médicos englobam algumas condições técnicas, como conhecimento sobre o assunto, mas enfocam principalmente qualidades subjetivas que poderiam ser estendidas a pessoas não médicas, como bondade, paciência, atenção, como explica Boltanski (2004):

Como não possuem os critérios específicos que lhes permitiriam medir a competência profissional do médico, os membros das classes populares só podem avaliá-los em função daqueles critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a “amabilidade”, a “boa vontade”, a “complacência”. (Boltanski, 2004, p. 38).

Ainda segundo esse autor, a ênfase nesses critérios subjetivos ocorre em função dos pacientes saberem da distância que existe entre eles e o médico, distância essa tanto do ponto de vista sócio-econômico quanto cultural, e percebem através da fala “trata a gente de igual para igual” que a relação médico-paciente trata-se de uma “relação de classe” (Boltanski, 2004, p. 39).

Para os entrevistados é fundamental que o médico toque e descubra, através das queixas do paciente, os sinais no corpo de determinada doença, que a pessoa não consegue entender (Czeresnia e Freitas, 2003), e que solicite exames para ver

o que não pode ser visto ou para ver se é exatamente aquilo que diz ser (Loyola, 1984). Portanto, “as tecnologias médicas, como sistemas complexos de concepção e de funcionamento, não são simplesmente objetos físicos utilizados para propósitos específicos” (Loyola, 1984, p. 90). Elas constituem produtos sócio-culturais de uma dada época e todo o aparato tecnológico “expressa o desejo da medicina ocidental de dominar e controlar o corpo, seus processos naturais e suas várias doenças” (HELMAN, 2003, p. 90). Se a supremacia diagnóstica pertence a exames bioquímicos ou radiológicos deveria se esperar que os pacientes acabassem pedindo e fazendo exames com a probabilidade do médico achar algo que não sentem e evitar males que não saibam que têm, como que prevenindo não sabem o quê, mas, de certa forma, antecipando males maiores.

Parece óbvia essa afirmação através das falas dos informantes desta pesquisa, quando dizem que se comportam bem quando realizam todos os exames que os médicos pedem “uns exame que eu dizia que eu tenho alguma coisa, eu dizia que eu queria fazer pra vê se eu tenho alguma coisa pra me tratar... sempre atenderam todos os exames” (E16). Os pacientes além de pedirem tais exames acreditam que é um bom médico quem solicita exames aos seus pacientes.

Embora seja muito útil para determinação de certas doenças, toda essa tecnologia acaba interferindo no diagnóstico, que antes se baseava somente na “coleta de informações subjetivas e clínicas (colhidas ao olhar, ouvir, tocar e sentir)” (HELMAN, 2003: 92). Escutar com atenção o que o paciente conta, além de considerar o seu estilo de vida, sua história pessoal e social, sua origem e seu contexto familiar, não é visto mais como primordial. Mas, embora acreditem nos exames que fazem, os usuários da unidade de saúde entrevistados reclamam dos médicos que não escutam, tocam ou examinam.

Portanto, “ser atencioso e examinar fisicamente o paciente são duas condições indispensáveis na definição de um bom médico” (QUEIROZ, 1991, p. 69). Esse contato íntimo se faz tão necessário que é visto como parte do tratamento. Em minha experiência particular com um paciente com câncer em fase terminal, lhe perguntei o que poderia fazer para amenizar seu sofrimento e ele me respondeu que melhorava quando eu pegava sua mão e verificava seu pulso ou sua pressão, sentindo um conforto com esse toque. Deste modo, observa-se que “o ato médico não pode ser meramente técnico. Ele é, de fato, um ato simbolicamente carregado

por ser inevitável a sua tradução ao código e a adequação aos símbolos socialmente significativos da comunidade” (QUEIROZ, 1991, p. 68).

As pessoas entrevistadas também relataram a importância do médico “acertar o remédio” e o diagnóstico; esse tipo de julgamento está mais presente nas falas dos pacientes com mais anos de estudo. Segundo Boltanski, “os membros das classes populares são os que atribuem menos importância às qualidades específicas do médico, e principalmente à ‘exatidão do diagnóstico’” (Boltanski, 2004, p. 38). Indagados sobre se o médico bom é aquele que sempre acerta a medicação, várias foram as respostas:

É às vezes não acertam, né, às vezes podem não acertar, por causa que às vezes não fez um exame...só que pouquinho de remédio não adiantava pelo tamanho que tava a doença. (E13).

Eu acho que qualquer médico pode errar de primeira sem fazer exame, sem nada, qualquer um esta sujeito a isso... não deixa de ser (um bom médico) porque tu voltou lá, ele te examinou de novo, ele trocou os remédios, se necessário ele manda tu fazer os exame, isso pra mim é um bom médico. (E14).

Não é tanto pelos remédios assim, eu acho que é pelo jeito que ela trata a gente. (E14).

Se não acerta, é daí eu acho assim que a culpa não seria tanto do médico, mas até mesmo da medicação, porque eu acho que os remédios hoje em dia, esse remédios fabricados, muitas vezes fazem mais mal do que bem, né. (E15).

É eu acho, mas isso não quer dizer, porque tem remédio que dá abalo, que deixa coisa assim. (E16).

As pessoas percebem as medicações como fundamentais para o tratamento e não cogitam estar doentes e não serem medicadas. O uso do medicamento alopático é bastante estimulado em Jaguari, onde muitas vezes o julgamento de um bom médico também se mede pela quantidade de remédios constantes em suas receitas. Esse dado, corriqueiramente comentado nas conversas dos corredores da unidade de saúde, também é comprovado pela enorme quantidade de farmácias existentes no município. A orientação que os médicos fazem é de que os pacientes não deixem de comprar os remédios constantes nas receitas trocando-os por genéricos ou similares para obterem o efeito esperado das medicações.

Mas embora as pessoas coloquem nos remédios a expectativa de sua cura, compreendem que a medicação tem seus efeitos limitados e adversos e admitem

que podem não curar com os remédios se esses não forem tomados de forma correta, nos horários e doses recomendadas. O julgamento do bom médico não passa necessariamente pelo fato de acertar o remédio “de primeira”. O bom tratamento é, na visão dessas pessoas, condicionado a um bom diagnóstico baseado principalmente nos exames bioquímicos e radiológicos. Essa constatação corrobora afirmações anteriores sobre o advento das tecnologias como certeza de melhorias tanto em diagnósticos como em terapêuticas, e é constantemente reforçado nas práticas médicas, quando se procura lidar com as incertezas da profissão.

Tais incertezas parecem muito difíceis para serem enfrentadas pelos médicos, uma vez que durante a sua formação profissional aprenderam que ser bom médico pressupõe “chegar a diagnósticos claros e inequívocos e desenvolver processos terapêuticos eficazes” (Carapinheiro, 1993, p. 168). Porém, quando desempenha o seu papel, segundo Fox (*apud* Carapinheiro, 1993), o médico tem que:

Confrontar com êxito com três tipos de incertezas: a que resulta de um domínio incompleto e inadequado do conhecimento disponível; a que resulta das limitações da ciência médica corrente; a que resulta de não se saber fazer a distinção entre o que tem a ver com a ignorância e a inépcia pessoal do que tem a ver com as inadequações do actual estado dos conhecimentos médicos (Fox, p. 167)

A gestão dessas incertezas na prática diária somada à não demonstração da ansiedade frente aos pacientes, transformam a profissão num exercício bastante complexo. Ser médico pressupõe dominar conhecimentos e atitudes frente ao paciente e isso parece difícil contemplar em sua plenitude. Na percepção dos médicos (Bolzan, 2004), pode-se observar o receio que eles têm em desapontar os pacientes, ou de perdê-los para outro profissional que vai acabar fazendo o que o paciente quer. A imagem de cada profissional é levada em conta quando passam a satisfazer a vontade dos pacientes, especialmente daqueles que os médicos denominam como “viciados” por medicação. Os médicos entendem a mensagem de que quanto mais remédios forem prescritos em uma receita, melhor é o profissional e mais doente é o paciente. Isso compõe a “institucionalização” da doença e comprova o papel de doente. Ao mesmo tempo, porém, os médicos reclamam da insistente demanda de remédios por parte dos pacientes. Isso ocorre quando os

pacientes pedem medicações para estocarem em suas casas quando chega a medicação no posto, uma vez que há períodos em que há falta dessas medicações. Um profissional orienta ao seu paciente que não adianta estocar em casa e ocasionar a falta de medicação para outra pessoa que necessite, “*como uma questão de humanidade*” (BOLZAN, 2004 p. 38), mas explica que alguns pacientes “*saem com cara de brabo*” após essa explicação.

Como o julgamento dos médicos passa por esses trâmites, muitos profissionais acabam satisfazendo as “*vontades*” de seus pacientes, inclusive prescrevendo medicações que os pacientes pedem para serem prescritas. Isso foi expresso nessa pesquisa claramente através da fala abaixo:

E eu mesma me automedico...Invento, porque se me dizem assim, como esse Fluoxetina aí, entendeu... me disseram que era bom eu comecei a tomar, me senti bem...Peço para o médico... Simplesmente ele faz a receita... Eu digo, eu anoto no papelzinho os remédios, tudo o que eu quero e daí ele só vai escrevendo... Eu vou tomar, eu escrevo num papelzinho e daí ele escreve aí (E6).

Os médicos falam a respeito de “contentar” os pacientes (Bolzan, 2004) e expressam a importância de dosar as duas vontades e necessidades, a médica e a do paciente: “receitar se pode ser receitado medicamento que como médicos a gente acha que são mais como placebo, então vai atender aquele lá, vai contentar o paciente, desde que isso claro, não traga nenhum efeito nocivo” (Bolzan, 2004, p. 36). Freidson (1978) já expunha que existem situações nas quais o médico faz o que o paciente solicita, “cedendo” nessa relação. Outro profissional expõe as suas insatisfações nesse relacionamento, como uma forma de se “*violentar na profissão*”, como um “*embate*”, em que o médico abre mão de seus valores, mas onde se faz necessário estabelecer um consenso, no sentido de negociação, para que o paciente adira ao tratamento.

Receitar um medicamento passa por percepções diferentes, tanto por parte do paciente como do médico. No caso exposto, os médicos aceitam prescrever medicamentos mesmo sabendo que se trata de paliativos porque acreditam no efeito placebo da medicação. Quando questionados da possibilidade de saírem de uma consulta médica sem uma receita, a expressão foi tão inusitada quanto mal entendida:

Pra comprar os remédios... quando consulta tem que ter receita. Como é que no caso o médico vai te receitar um remédio sem te dar a receita? o médico não vai assim receitar mais do que precisa. Se precisar tem que dar a receita. Todas as pessoas que eu vejo saem com receita. Hoje eu saí sem nenhuma receita. Vão consultar, têm que darem a receita. (DSC)

A receita médica pertence também à consulta e a sua compreensão ou não pode determinar a adesão ou não ao tratamento. Muitas vezes os pacientes não entendem o que está prescrito na receita. Alguns relatam que perguntam aos médicos.

A gente não entendia, antes tempo... que agora esta mais especificado... que existe até uma lei... que eles tem que especificar as medicações... a letra na receita, que nem os farmacêuticos às vezes não entendiam, né. (DSC)

Mas normalmente esse auxílio de entendimento da prescrição médica e com relação à tomada de medicamentos vem de outros profissionais, como enfermeiros e atendentes de farmácia:

Uma coisa às vezes que eu fico em dúvida, depois no negócio da receita, eu pergunto pras gurias mesmo, né... às vezes eu me esqueço (de perguntar) na hora aí, tu entendeu? Aí eu pergunto para as gurias, para as enfermeiras, elas explicam tudo direitinho, como uma dúvida ali de tomar o remédio, eu esqueço de perguntar, às vezes. (E11)

Além da incompreensão da receita, alguns informantes não entendem a linguagem técnica utilizada pelo médico. E não é só uma questão de linguagem médica. Há uma distância entre os saberes que desencoraja o paciente a falar sobre aquilo que ele pensa que o médico não queira escutar ou dele não valorizar o que o paciente quer dizer (CARAPINHEIRO, 1993).

É que às vezes eles falam com uma linguagem que para gente, a gente quase não entende, então fica difícil, às vezes, daí ela explica de novo. O bom é que ela explica de novo, sabe, daí ela vai explicando pra gente direitinho, se a gente não entender... se eu não entendo eu pergunto, mas o que que é isso, pergunto bem franca, mas o que que é isso. Não sei o que é que é, daí ela me explica direitinho, daí eu entendo, daí ela explica melhor pra gente, sabe, como a gente entende. (E14)

As consultas médicas informadas pelos pacientes se fazem numa mistura de linguagem técnica e mais acessível (HELMAN, 2003). Os informantes dizem que perguntam quando não entendem o que o médico diz. Mas tal interpretação dessa

consulta nem sempre se faz como o médico acredita. Assim é que há vários problemas de comunicação, porque os significados adotados por um e por outro são diversos. Porque, além da necessidade de se fazer entender, o médico necessita, para que possa exercer efetivamente a sua tarefa de tratar o paciente, conseguir que o paciente siga suas recomendações (FREIDSON, 1978). Essa missão se torna difícil quando não há um entendimento sobre o que se diz e o que se escuta. O relato abaixo de uma médica que atua nesta unidade de saúde investigada expõe com nitidez isso:

Eu acho que eu sou uma pessoa assim que sou muito forte no colocar. Tem um exemplo que eu tenho de uma paciente gestante no Posto de saúde, hipertensa, diabética, 42 anos. É uma paciente que tanto eu como a enfermeira, a gente coloca a dieta mas a gente vê que essa paciente não entende, por mais que tu explique, explique: “posso comer fruta” “pode”. Aí, “posso comer melancia” “Posso comer pêssego”, como se aquilo não fosse fruta (...) quando eu vejo que tá correndo um risco maior de vida, do paciente(...) eu falo mais forte com essa paciente: “Olha, tu corre risco de vida, teu nenê pode morrer”, pra ver se choca, bem crua a linguagem que ela possa entender. Acho que eles entendem melhor. Aí eles caem na realidade que a coisa é séria (BOLZAN, 2004).

Apesar dessas dificuldades, os pacientes consideram como bom médico aquele capaz de esclarecer tal situação de modo que permita uma abertura para isso.

3.3 Bom médico ou médico bonzinho?

A um primeiro olhar parece bastante simplista essa definição e enquadramento de “tipos ideais”²⁹ de médicos como se colocassem “coisas” expostas em uma prateleira dispostas para serem compradas. Mas é importante comparar percepções de pessoas sobre conceitos chave dessa pesquisa. É claro que as coisas não podem ser examinadas de maneira tão simplista e precária. Há que se considerar todo um contexto na constituição desse imaginário, que

²⁹ Segundo Weber, a construção do tipo ideal não é encontrada na forma pura na realidade, existindo no plano das ideias. É um recurso metodológico, um meio de conhecer, não um fim em si mesmo. Importante frisar que a realidade em si, por ser infinitamente complexa, não deve ser confundida com os modelos propostos, que são simplistas, exagerados e idealizados e são constituídos para podermos compreendê-la melhor.

caracteriza as falas dos informantes. Ela surge como um modelo de médico desejado e elaborado em alguma fase da vida dos atores sociais, não se sabe bem de onde, mas aparece nas suas representações sobre o mundo e os conforta de alguma maneira.

Rubem Alves quando entrevistado pelo jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2010, nº 182), expõe algumas características que considera fundamentais em um médico. Para ele, a relação com o médico deveria ser uma relação de amizade, e o que o paciente mais espera do profissional de saúde que o atende é ser levado a sério. Ainda segundo Rubem Alves, o paciente quer mais do que a competência de um médico, ele quer, antes de mais nada, ser visto, olho no olho, respeitado e não “instrumentalizado” (CFM, 2010, p. 12). A relação a ser estabelecida supera a questão técnica e enfoca a amizade entre esses dois seres.

Para Fernandes (1993) esse aspecto afetivo é normalmente o mais abordado quando se fala a respeito da relação médico-paciente, mas reduzir a relação a isso pode não dar conta da prática clínica na sua amplitude. Não basta, segundo esse autor, o médico ser “amigo” do seu paciente ou demonstrar simpatia se não conseguir ajudar o paciente a resolver o problema a que veio. Nessa hipótese o bom médico não pode ser o médico bonzinho. Ainda segundo Fernandes, não há como se negar que a relação entre o profissional e seu paciente esteja envolvida por essa afetividade, mas não acredita que essa visão romanesca sozinha ajude o paciente.

Essa visão romântica também é ressaltada por Moura (2004) quando cita parte da Resolução nº 53/1999 do Conselho Federal de Medicina sobre o papel quase apostólico dos médicos:

É sobejamente conhecido entre os profissionais de saúde que a consulta médica é o momento emblemático na relação entre aquele que procura socorro e aquele outro que foi treinado a utilizar seus conhecimentos na busca incessante da cura. É o momento solene, sublime, sacerdotal, aconselhador, de rara intimidade, própria dos confessionários. (Dr. José Abelardo Garcia de Menezes, Jornal do CREMERS, agosto/2000, apud Moura, 2004, p. 62)

A definição do tipo ideal de médico não fica distante do que os pacientes consideram como “bom médico”. Na verdade, quando perguntados sobre esse conceito, os entrevistados compuseram a constituição desse tipo ideal com o que relataram durante a pesquisa. Já o médico ruim é considerado o oposto e muitos se

recusam a aceitar a sua presença; outros não denominam o ruim como categoria, mas o diferente, aquela pessoa que tem suas “luas”, suas fases, seus cansaços e excesso de atribuições, inerentes à sua função, mas que poderia comprometer a sua atuação como “bom médico”. Mas não é uma categoria de julgamento, como a do bom médico. É como se as pessoas não quisessem se queixar de alguém que só poderia lhes fazer o bem, que seria tão idealizado que não fizesse parte das maldades desse mundo. Assim, os critérios de avaliação tanto do bom médico quanto do médico ruim não são critérios técnicos, mas, como já exposto anteriormente, são baseados em critérios difusos e inespecíficos, conforme pode ser observado no quadro abaixo:

MÉDICO IDEAL	MÉDICO BOM	MÉDICO RUIM
Acerta sempre o diagnóstico e o tratamento.	Atencioso	Não dá o diagnóstico correto.
Conhece muito sobre o que deve conhecer.	Preocupado	Não existe médico ruim.
Sabe se relacionar com os pacientes.	Bom	Mau atendimento.
Sabe conduzir a consulta de forma a contemplar com sabedoria a anamnese, o exame físico e o pedido de exames auxiliares.	Inteligente	Aquele que prescreve pouca medicação.
É humano, isto é, age com os princípios éticos e humanitários acima de outros interesses, como o monetário, por exemplo.	Conhecedor	Não conversa.
Exerce a medicina como vocação	Pede exames	Não pergunta.
	Escuta com atenção	Apenas examina.
	Toca o paciente	Atende ligeiro.
	Conversa com o paciente	Só prescreve.
	Examina bem	Não examina direito.
	Humanitário	Só prescreve sem examinar.
	Experiente	Traz problemas pessoais para a relação médico-paciente.
	Tem todas as qualidades:	Não existe em Jaguari.
	atende bem, não trata mal, não faz nada de errado,	Hipoteticamente é aquele que não trata bem o paciente.
		Não atende bem.
		Não pergunta sobre o que sente o paciente.
		É estúpido.
		Não existe médico ruim, são do jeito que são.
		Podem estar cansados, com

<p>irrestrita.</p> <p>Abre mão dos seus interesses para tratar do interesse dos outros.</p> <p>Sabe como falar com o paciente, como explicar o que o paciente tem, sabe se comunicar adequadamente.</p>	<p>prescrever corretamente.</p> <p>Orienta.</p> <p>Confiança</p> <p>Linguagem acessível</p>	<p>pressa.</p>
---	---	----------------

Quadro 1 – Critérios de avaliação sobre o médico.

Quando questionados sobre como definiriam um médico ruim, os entrevistados demonstraram certa hesitação, como se não tivessem entendido a pergunta. Muitos enfatizavam a questão de que médico ruim seria aquele que não atenderia bem o paciente, conforme é possível observar no discurso do sujeito coletivo:

Eu acho que não soube ver direito. Ruim, não, todos são bons... errar qualquer pessoa erra. Tem gente que é mal atendido... por causa de remédio mesmo, que não se contentam com aquele que o médico dá.
(DSC)

Eles nem conversavam, não perguntavam, só botavam aquelas coisas assim e escutava. Aquele que nem espera a gente fala já ta dando receita, o que não examina direito e aquele que traz problema de fora pra dentro do consultório. Médico ruim aqui em Jaguari!... até que a gente não vê queixa nenhuma de médico... seria aquele médico... que não trata bem o paciente, não pergunta nada o que a gente sente. Acho que não tem médico ruim.
(DSC)

As respostas a algumas questões não apareceram claramente quando as perguntas foram feitas de forma direta, mas quando foram abordadas de outra forma. Assim, embora não houvesse uma definição de médico ruim, as histórias contadas pelos informantes forneceram dados mais claros, como na fala abaixo:

No começo eu nem sabia que o doutor era daquele tratamento, que atendesse só para o coração ou pra outra coisa. Aí eu tirei ficha e fui consultar e daí: 'Não, não, pode ir saindo que eu não atendo essas coisa'. Mas deixa a gente senta, diz: 'Eu não to atendendo nessa área'. Mas já mando ir saindo. Aí a gente fica quieta. Nem cheguei a ser atendida porque

daquela área não era pra ele. Daí tive que sair bem quietinha. Se não era pra ele, podia ter mais calma, ter conversado. Foi bem diferente, abriu a porta e disse pra eu ir saindo. (E9)

3.4 A procura pelo médico

A procura pelo médico parte do reconhecimento da profissão médica como prática profissional autorizada a tratar de algo que a pessoa percebe que não anda bem com a sua vida e da expectativa de que esse profissional possa dar conta de tal empreitada. Recorrer ao médico significa, então, em primeiro lugar, reconhecer sua validade e sua autoridade antecipadamente (FREIDSON, 1978).

Os entrevistados nessa pesquisa procuram o médico para pedir requisição de exames, para acompanhar a evolução de doenças crônicas, em situações de mal-estar físico ou psicológico, como certas doenças incapacitantes, para buscar remédios de uso contínuo e dizem evitar procurar o médico por qualquer coisa.

Como essa busca parte das pessoas, é necessário analisar que os informantes acionam conceitos próprios da sociedade em que estão inseridos. Assim poderíamos concordar com Caponi (2003) que a saúde é um “conceito vulgar”, não no seu sentido depreciativo, mas na perspectiva de estar ao alcance de todos, enquanto parte de suas vidas. Então, ter saúde não pressupõe uma ordenação matemática referenciada a valores e médias de normalidades que não são sentidos pela pessoa, mas diz respeito às suas sensações. Quando falamos em sensações estamos nos referindo ao mal-estar, à dor e assim, ainda conforme essa autora, temos um conceito de “corpo subjetivo”; logo, “... não podemos deixar de falar em primeira pessoa onde o discurso médico obstina-se a falar em terceira pessoa” (CAPONI, 2003, p. 290).

O reconhecimento da saúde como verdade do corpo, em sentido ontológico (ser concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres), “pode e deve admitir a presença, como margem e como barreira, da verdade em sentido lógico, ou seja, da ciência. Certamente, o corpo vivido não é um objeto, mas para o indivíduo viver é também conhecer” (CAPONI, 2003, p. 290).

Ao ingressar à consulta médica as pessoas buscam conhecer e (re) conhecer-se enquanto corpo. O médico deve ser aquele que auxilia na tarefa de dar um

sentido ao conjunto de sintomas que de forma solitária o indivíduo não consegue decifrar (CAPONI, 2003). Mas como os pacientes possuem suas próprias definições e conceitos eles irão interagir com os conceitos e definições do médico que são embasadas na interpretação da medicina, em valores determinados pela ciência e que também são fruto da sociedade, mas da sociedade médica e científica.

Além das razões para buscar auxílio médico, citadas anteriormente, os informantes relatam que procuram pelo atendimento médico adotando um critério temporal, isto é, quando dão um tempo para o corpo melhorar e ele não melhora ou quando acreditam que podem aguentar mais um pouco. Assim, de acordo com os relatos apresentados pelos informantes, pode-se observar que estes recorrem ao médico nas situações em que precisam realizar exames, pegar receita médica, quando sentem algum tipo de mal estar, etc.

3.5 A escolha médica

Eu não dou preferência, porque a gente não tem, a gente é carente, a gente precisa das pessoas, não desfaço de nenhum médico, mas agora a gente se sente melhor com um, às vezes com um...eu escolho o horário não o médico. Geralmente é por aquele que eu tenho mais afinidade...eu tenho que sentir confiança no médico para falar o que eu sinto.. porque é um médico muito experiente, muito bom. (DSC)

Talvez a pergunta inicial devesse ser: você escolhe o seu médico? Você tem a possibilidade de decidir com qual médico ou médica quer consultar? As respostas dos entrevistados falam justamente sobre isso, em não ter preferência, em não poder se dar ao luxo de escolher, porque tem origem social em estratos de baixo poder aquisitivo, não possuem nenhum plano de saúde e precisam se submeter aos horários em que há atendimento no posto de saúde.

Com a conformação vigente da Unidade de Saúde na época dessa pesquisa, os pacientes escolhem o turno mais favorável ao atendimento ou “*eu escolho o horário não o médico*”. Alguns profissionais, como o cardiologista, por exemplo, atendem no primeiro horário da manhã e muitas pessoas que vêm do interior não conseguem horário de ônibus compatível com o horário da distribuição das fichas. Então, muitas vezes, para poderem ter acesso ao cardiologista esses usuários do

sistema de saúde têm que conseguir “pouso” na cidade. Outros relatos obtidos ao longo da observação no trabalho de campo apresentam queixas com relação ao atendimento de alguns médicos. Mas, como esses são especialistas de algumas áreas, os informantes não possuem outra possibilidade de escolha.

Alguns dos entrevistados encontravam-se na unidade por outros motivos que não a consulta, ou seja, o motivo de estarem nesse local devia-se ao fato de encaminharem seus pedidos de exame e solicitarem outros tipos de encaminhamento. Para esses pacientes (que possuem convênio) há uma preferência explícita pelos médicos particulares que os atendem.

Há uma leve preferência no atendimento pelas médicas da unidade. Tal opção não se deve somente ao tipo de exame solicitado como, por exemplo, os exames ginecológicos; de uma maneira geral esta preferência tem como motivação a forma como essas profissionais atendem e dão atenção aos pacientes, fazendo com que estes afirmem sentirem maiores confiança e afinidade com as médicas em detrimento dos médicos.

Outras escolhas são baseadas em critérios não somente técnicos, como a bondade do médico, a sua “humanidade”, a “sensação de confiança” que transmitem ao paciente e também pela experiência com determinadas patologias e situações. Assim as pessoas preferem retornar àqueles profissionais com quem já tiveram uma experiência positiva, bem como evitam recorrer aos médicos com os quais não obtiveram esses resultados.

A questão de gênero, embora não sendo objeto dessa pesquisa não deixa de estar aqui presente, nas falas e nos contextos. Mesmo não se querendo falar de gênero não há como negá-lo ou ignorá-lo. Primeiro, porque todos os atores sociais estão envolvidos nestas questões cotidianamente. Segundo, porque no presente trabalho há diferenças aplicadas tanto a quem consulta como a quem exerce a profissão de consulta, no caso os médicos.

A presença feminina na vida social mudou com a ascensão do capitalismo. A necessidade de mão-de-obra com a revolução industrial e pós-guerras, fez com a mulher participasse ativamente do mercado de trabalho e saísse da esfera privada. (MACHADO, 1997). O “processo de feminilização” de diversas profissões de reconhecido prestígio social, antes domínio masculino, como a engenharia, a advocacia e a medicina, entre outras, se deve também ao maior acesso às

universidades e à necessidade do mercado de trabalho. Na área da saúde essa mudança ocorreu também com as mulheres deixando de ser somente cuidadoras e enfermeiras e passando a atuarem como médicas, mercado tradicionalmente constituído por homens (MACHADO, 1997).

No Brasil a “consolidação da mão de obra feminina na profissão médica é fruto da geração dos anos 70” (MACHADO, 1997, p. 149). A pesquisa de Machado, referente à atuação profissional segundo gênero no Brasil em 1995, destaca que as mulheres atuam no mercado em características similares aos homens, com pequenas variações, como a maior participação delas em empregos públicos e menor em consultórios privados e em plantões médicos. A preferência das mulheres por concursos públicos se dá pelo “vínculo formal... assegurando à mulher direitos trabalhistas, como licença maternidade, abono de faltas e férias” (MACHADO, 1997, p. 150) e por características próprias aos empregos públicos, como horários preestabelecidos o que traria maior flexibilidade às mulheres para cumprirem as demais exigências sociais a ela impostas.

A especialização médica também apresenta algumas diferenças segundo gênero ainda conforme a pesquisa de Machado (1997). As mulheres não acompanham a diversificação de especialidades dos homens, concentrando-se em áreas mais ligadas a características da vida privada, como “materno-infantil, aconselhamento, cosmetologia e ensino-burocracia” (MACHADO, 1997, p. 156), exercendo mais a pediatria, a ginecologia, a dermatologia. Tais escolhas, porém, não podem ser vistas somente como um desejo pessoal ou associados à condição feminina. A determinação da especialidade passa pela cultura masculina de algumas áreas, como a neurocirurgia, por exemplo, onde não há um impedimento explícito quanto ao exercício feminino, mas o ambiente se apresenta mais hostil e é maior o conflito de gênero.

Na Unidade de Saúde de Jaguari, quando dessa pesquisa, cinco médicos prestavam atendimento, sendo duas médicas, uma ginecologista e obstetra e a outra com especialização em Saúde Pública e Medicina do Trabalho. A primeira atende preferencialmente gestantes e mulheres, muito embora tenha que atender também o resto da demanda, como crianças e homens. A segunda atende tanto homens, mulheres e crianças, mas não realiza exames ginecológicos e obstétricos. Dentre os

homens, um deles é ginecologista e obstetra, outro é cardiologista, outro ainda é pediatra e médico do trabalho e o último clínico geral.

Ser ginecologista mulher pressupõe uma maior similaridade de entendimento de corpos com as pacientes. A aceitação por parte das mulheres pacientes é maior quando examinadas por uma mulher ginecologista, porque se sentem “mais à vontade”. Ter o mesmo corpo, se identificar com ele, mas também com o fato de ser mulher pressupõe que as mulheres possam compreender melhor o universo feminino. Essas características tornam as mulheres médicas as preferidas quando da consulta ginecológica, muito embora as informantes têm o entendimento que os médicos homens não veriam de modo diferente o corpo da mulher. Questões de vergonha, constrangimento, porém, não podem ser desconsideradas.

As consultas de pré-natal não apresentam uma preferência de busca pelas médicas. Nesse caso, os critérios de escolha vão mais além. Talvez porque a vergonha não seja tão grande porque uma mulher grávida pode ser vista de uma forma diferente de uma não grávida. Também há a questão da cirurgia obstétrica, que alguns consideram mais “segura” com um homem.

3.6 O tempo de consulta

Eles dão atenção pra gente, tem tempo suficiente, não acho rápida demais, o tempo que eles ficam aí dá, tem umas pessoas que demoram mais que outras nas consultas. Lá em Santa Maria é uma meia hora, aqui não dá dez minuto, receita é menos, conforme a doença... no consultório (particular)... ele demora, eu não me lembro quanto tempo dura... Às vezes é rápido, às vezes é mais demorado... tem uns que demoram mais pra atender, ele só me deu a receita, mas ele foi atencioso comigo, eu acho que dá de dez a quinze minutos. (DSC)

O tempo de cada consulta é mais sentido do que realmente cronometrado. Segundo o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul – SIMERS (2008) – o tempo de consulta “não pode ser cronometrado ou parametrizado de qualquer forma”. Essa análise feita pela assessoria jurídica do sindicato tenta responder às críticas feitas ao atendimento médico na capital do estado, Porto Alegre, onde os médicos atendem “por carga horária e não por quantidade de consultas” e onde há a tentativa do poder público no estabelecimento de um número de consultas por carga horária.

Argumenta, ainda, que uma vez que inexiste qualquer legislação de defina o tempo de consulta médica, predeterminar um tempo para a consulta vai contra preceitos jurídicos e éticos, como o código de Ética Médica, Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde – lei 8080/90. O parecer conclui que “o tempo de duração de cada consulta não pode ser determinado por instruções, mas pelas circunstâncias que cada caso clínico requer” (p. 03) e não existindo quaisquer parâmetros éticos, jurídicos e legal que determinem o tempo máximo ou mínimo de uma consulta, a mesma deve se basear em cada caso clínico e ter como determinante principal o interesse do paciente que deve ter do médico o melhor atendimento e dedicação possíveis. Ainda cita, nesse estudo, a posição do Conselho Regional de Medicina do Ceará (CRMCE), parecer 2917/2002, que destaca:

O tempo necessário para uma consulta médica é o ideal para o médico realizar anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento. Nenhum órgão ou entidade tem competência para definir este tempo (...) o médico deve utilizar o tempo efetivamente necessário ao bom relacionamento médico-paciente e à perfeita execução do profissional, em todas as modalidades de atendimento. (PC nº 2917/2002: 02)

Cabe analisar aqui que a abordagem com relação ao tempo que o sindicato médico faz é diferente do que é relatado na unidade de saúde pesquisada. O sindicato médico refere-se ao controle de tempo que o setor público estaria fazendo, no sentido de querer garantir um tempo adequado e maior de contato com o paciente. Mas na prática da saúde pública percebe-se que o tempo de consulta é bastante exíguo, sendo contraditório ao que foi dito. Outra análise pode ser feita com relação aos consultórios privados. Será que as consultas médicas realizadas pelo mesmo profissional e em função das mesmas patologias no seu consultório particular tem a mesma duração de tempo? Os pacientes que utilizaram tanto o serviço público como o particular, geralmente com os mesmos médicos, relatam uma grande diferença tanto no tempo de consulta como no modo de ser realizada, avaliando positivamente a consulta no consultório. Embora o profissional seja o mesmo e o paciente também, porque a diferença no atendimento?

Como já visto anteriormente a categoria médica adquiriu um *status* e uma autonomia sobre o seu próprio trabalho que lhe dá prerrogativas de conceituar seus casos e classificá-lo como mais complexos ou não e também de estabelecer um tempo que julga necessário para a consulta. Essa “liberdade” também faz-se

presente mesmo a prática médica dependendo do Estado para estabelecer e sustentar essa autonomia (FREIDSON, 1978).

Em Jaguari os médicos são contratados para um regime de trabalho de vinte (20) horas semanais. Mas foi estipulado, não se sabe quando e nem por quem, que eles deveriam atender uma demanda estipulada de dezesseis pessoas, ou dezesseis fichas, como falam na unidade de saúde, mais dois casos de emergência. Esse acordo tácito não é motivo de críticas por parte da população pesquisada. Em sua maioria, a consulta independe do tempo, mas do que o médico faz desse tempo, isto é, quando perguntados sobre o tempo da consulta os pacientes atribuem outras nuances a esse tempo, argumentando que ele varia conforme os médicos e as razões que foram consultar. Assim, quando o motivo da consulta é um pedido de exames ela torna-se mais rápida, enquanto que para um exame preventivo há uma demora maior em função de trocas de roupas e outros procedimentos. Os pacientes não questionam os minutos de consulta, visto que poucos sabem precisar o tempo. O seu critério de tempo de consulta é o suficiente para ser examinado atentamente, ser escutado e o médico atender à sua demanda.

Observando o funcionamento diário da unidade de saúde, percebe-se que os médicos demoram cerca de duas horas para atender às dezesseis pessoas que já tiraram ficha com ele. Fazendo uma média, cada consulta teria um tempo estimado de três minutos e setenta e cinco segundos. É claro que ocorrem variações conforme o caso de cada usuário do sistema de saúde e o médico que está atendendo. Mas o tempo médio não é superior a cinco minutos, exceto quando da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, que é geralmente superior.

De que maneira esse tempo, ou a falta dele, afeta a relação médico-paciente? Os informantes, embora não se queixem do tempo, reclamam de alguns médicos que nem cumprimentam ou nem examinam, e essas falas aparecem mais quando questiona-se não o tempo, mas sobre o que consideram um bom médico e como consideram o atendimento na unidade de saúde. Nas respostas obtidas foi possível observar argumentos tais como:

tem uns que tu só, já dão a mão pra, na chegada e na saída também, numa correria, coisa assim, um pouco de atenção ou é muito rápido e a gente tem que ir rápido porque já vai dando a mão e sai fora, quer dizer, nem a mão

vão dando aqui, né, que perto dos consultório que a gente vai particular é bem diferente, bá, nem... vem chegando e vai saindo. (E7)

ele não me atendeu, ele disse que 'eu estou cheio de coisa e coisa e tal', bem louco, e vem cá eu vou te dar, tu não tem nada, tu não tem nada, tu vai embora, tu, te dá uma receita, eu não sei o que lá, e daí e ele não deixou eu nem conversar, nem falar não deu, não deu explicação. (E9)

Importante destacar que o mesmo paciente pode apresentar uma fala com relação ao atendimento e apresentar outra, de satisfação com o tempo de consulta quando questionado sobre outros aspectos referentes à relação médico-paciente. Contradições à parte, o que fica mais presente nessa questão é a percepção do tempo e não o tempo em si, ou seja, o modo como o médico estabelece a relação com seu paciente nesse tempo disponível; embora a consulta seja rápida ou o médico só lhe dê a receita, o paciente considera importante que o profissional da medicina seja com ele atencioso durante aqueles momentos nos quais ocorre a consulta.

3.7 Orientação médica

A consulta médica é um momento específico de encontro entre o profissional e o paciente. Quando o paciente entra numa consulta ele leva como bagagem, além das suas vivências cotidianas, algumas percepções e definições sobre os fatores ou elementos que o afetam. O papel do médico consiste, segundo Freidson (1978), em realizar duas tarefas principais: primeiro, determinar o que “realmente” está mal no paciente e estabelecer um diagnóstico baseado na ciência; segundo, conseguir que o paciente aceite esse diagnóstico e as orientações científicas dadas por ele, inclusive o fato de que não há nada de errado com o paciente.

Para estabelecer um diagnóstico preciso e aceito cientificamente, o médico deve, ainda conforme Freidson (1978), “obter informações” do paciente que são relevantes no sentido médico e científico, não considerando o que os pacientes consideram como importantes. Essa tarefa constitui-se num grande desafio uma vez que “dada a variação da cultura popular”, para o médico poder entender e fazer o diagnóstico necessita obter uma história, dar-lhe uma seqüência lógica, fazer um

histórico da história pregressa do paciente e ainda entender os sintomas relacionados à queixa atual, decodificando-os (BOLTANSKI, 1984), conforme relatam alguns dos informantes:

Eles tem que pegar e examinar a gente, né. Eles fazem as perguntas deles. Chega lá, fala o que sente, daí eles vão fazer as perguntas deles, examinar, né... é quase sempre assim, é, se a gente ta consultando, se perguntarem a gente tem que... tem que entender, né... só que a gente não entendia, antes tempo. (DSC)

Através dessa *anamnese*, o médico precisa dar um sentido e um nome àquele sintoma. Mas essa decodificação fica mais complicada para o profissional quando o paciente não localiza muito bem a sua dor, expressa mais os sentimentos e percepções subjetivas, podendo, inclusive, esquecer alguns fatos relevantes, outras experiências que levaram até o quadro atual, não saber se ele tem reação a algum tipo de medicamento ou outras doenças associadas.

Não, sempre fica uma coisinha, né, às vezes eu me esqueço de dizer o que eu sinto tanto e não digo, porque me esqueço. Às vezes eu venho consultar, estou com dor de cabeça, ou dor numa perna e não digo, eu tenho outras coisas e não digo o que eu tenho que dizer, me esqueço. (E4)

A aceitação do diagnóstico e a submissão ao tratamento e orientações pelo paciente é talvez a tarefa mais difícil para o médico (FREIDSON, 1978). O paciente pode não concordar com o que o médico recomendou ou disse a respeito da sua doença:

Na verdade, eu não acho que seja... uma coisa pior, mas na mente a gente não espera... que vá sumir de uma hora pra outra sem a gente fazer uma medicação, sei lá... eu fiquei meio assim, dela não ter me dado nenhum antiinflamatório, sei lá, fiquei quieta.(E12)

Até hoje... hoje eu não gostei muito... porque ela disse que era do cigarro, né, não sei, não acho que seja do cigarro... ela disse que esse remédio que ia dar, daí se não melhorar em uma semana é pra voltar de novo. (E14)

Mas também há aqueles entrevistados que concordam plenamente com o que o médico disse:

Eu aceito, claro, é só o que eu tenho é aquilo ali que ele diz, né, é só isso que eu tenho. (E12)

Aceito, se a gente tem o problema, faço o tratamento direitinho. (E3)

O paciente pode concordar com o diagnóstico, porque este diagnóstico é fornecido por uma autoridade legitimada legal e socialmente, devendo ser respeitada. Mas ele pode não estar acostumado a organizar a sua vida de tal modo que lhe permita seguir as recomendações acerca de tomada de medicamentos de maneira regular conforme a receita (FREIDSON, 1978). Tal atitude pode ter como explicação o fato dele não aceitar o tratamento ou por não compreender adequadamente a receita médica, por não saber ler, por exemplo, ou pela própria grafia do médico, que, como já visto, pode ser ilegível. Também devem ser considerados aqueles casos em que o paciente não tem condições físicas e psicológicas para dar conta do seu tratamento. O médico pode, então adotar algumas táticas, como pedir a cooperação dos que estão em torno do paciente, amigos, vizinhos ou familiares para que “atuem como agentes do médico” (FREIDSON, 1978, p. 308):

Eu não tenho nenhum aqui, (medicamento) é tudo na minha irmã... por causa que eu tomava tudo, ele me dava e eu tomava tudo e aí elas não deixaram mais aqui... vêm (me trazer o remédio)... todos, até para dor de cabeça... vêm no horário certo, e quando eu vou para o serviço, aí eu passo lá e ela me dá... umas vezes eu tomei tudo, eu parei lá no hospital... depois eles não deixaram mais aqui... eu não lembro, sei que tomei tudo porque falam. (E13)

A questão dos medicamentos aparentemente parece mais tranquila para ser recomendada pelos médicos aos pacientes. Mesmo assim, embora haja aceitação de tomar medicamentos, esses devem fazer sentido para os pacientes, pois, “... o consenso em relação à forma e ao propósito do tratamento é tão importante quanto em relação ao diagnóstico” (HELMAN, 2003, p. 142). Os efeitos colaterais de uma medicação devem ser explicados ao paciente, senão a aderência será menor. Este aspecto pode ser observado na fala de um dos entrevistados: “... *ela me deu uma vitamina pra mim usar, só que cada vez que eu usava a vitamina eu ficava muito mal, sentia muita dor de cabeça, febre nas pernas, na barriga. Ela cancelou o uso*” (E5).

Também é importante considerar que o paciente pode não querer usar um remédio para o qual seu uso não faz sentido, como o tratamento da hipertensão assintomática, por exemplo:

Tanto fazia tomar dois remédios e um copo de cerveja. Agora eu parei, depois disso... me dava (o médico) para tontura e dava dor no joelho, ia lá. Ele me dizia: a senhora toma o remédio? Eu disse; esse que o senhor me receito. Diz, mas que velha burra, eu lhe receitei pra dor no joelho? Eu receitei para tontura. A senhor vem e me diz que melhora um pouco porque tomo esses remédios... eu que fazia a confusão... e nem tava. Se ele me dava duas qualidades de xaropes, eu tomava tudo numa vez, mania, era tudo de um vez só...entendia, mas fazia porque queria e bebia, misturava tudo, tomava esse remédio da pressão de manhã, quando de meio-dia eu saía e tomava um copo de cerveja. Agora eu parei, depois disso. (E16)

Além disso, a avaliação de um medicamento pode ser diferente para médicos e pacientes. No caso de uma dor aguda o paciente espera não ter mais esta sensação, não importando muito a origem de sua doença, mas a sua solução. Para os médicos, por sua vez, o controle da pressão arterial é um grande sucesso, enfermidade que não é tão sentido pelo paciente (HELMAN, 2003). Deve-se, pois, considerar as definições de saúde e a sua função, isto é, conforme pensam e vivenciam a experiência e como funciona o seu corpo para viver de forma adequada, considerada pelos pacientes.

No entanto, seguir orientação de tomada de medicamentos parece mais fácil do que adotar mudanças de hábitos de vida. Na entrevista realizada com médicos de Jaguari, em 2004, a percepção é de que “os pacientes dão maior importância aos remédios que às orientações feitas por médicos” (BOLZAN, 2004, p. 35) e essa dificuldade em conseguir que os pacientes sigam orientações com relação a mudanças de hábitos fica bem presente. Alguns médicos inclusive se sentem completamente desmotivados com a educação em saúde³⁰ por vários motivos. Um deles é com relação ao alcoolismo, uma vez que Jaguari é um produtor de cachaça e por isso a aquisição é facilitada. Outro motivo percebido por esses médicos é que os pacientes adotam orientações segundo conveniências pessoais, isto é, seguem orientações que estão mais de acordo com suas vontades, deixando de seguir outras que contrariam seus desejos; dessa forma, os pacientes só captam e

³⁰ Muitos profissionais da área da saúde ainda entendem a educação em saúde como um momento de ensino-aprendizagem, condicionada ao espaço escolar, ou a uma prática onde um detentor de conhecimento e verdade (técnico) ensinaria alguém que supostamente não sabe nada ou faz tudo errado (leigo), a aprender comportamentos e estilos de vida adequados para evitar o adoecimento ou melhorar a saúde (MEYER, 2004). O entendimento da Saúde Pública deve ser desvinculado do disciplinamento sanitário ou da normatização, e a educação como um todo, tanto na saúde como na vida, deve ser momento de abertura e reflexão a todas as possibilidades, uma maneira de se entender e entender o outro, melhorando a vida de cada um e de todos. Por isso que muitos médicos cansados de “ensinar”, quando percebem que os pacientes não “aprendem”, encaram a sua atuação como inútil e sentem-se desgastados e fracassados.

cumprem o que lhes interessa, geralmente tomando os remédios prescritos pelo profissional da medicina, mas não alterando os hábitos de vida. Esse aspecto constitui o problema dessa pesquisa, uma vez que o que os pacientes entendem das orientações médicas passa por aquilo que é significativo para eles.

Onde a gente trabalha é tudo pessoa que não tem conhecimento, não tem nada, então, primeiro você tem que ir para o linguajar deles, o que para mim não tem dificuldade porque eu venho desse meio, meio rural. Pra mudar de hábitos, é assustar com exemplos. Eu vou ser franco, do cigarro eu não falo muito porque eu infelizmente fumo. Então eu procuro me preservar porque o doente me retruca. Então vou mais pro lado da bebida. Tu sabe como é que eu faço? E nesses casos que eu tenho um melhoramento, tem uns clientes já se tratando. Eu uso uma tecnicazinha. Primeiro eu combino, porque normalmente o alcoólatra vem com um familiar(...). Como eu tenho um aparelho de ultrassonografia no consultório eu pego e já combino com a família “olha, vocês não se assustem, o que eu disser lá é mentira, se for verdade depois eu confirmo”. Eu ponho o bêbado na mesa de exame, levanto, porque ele não sabe, a escala do aparelho, faço um fígado ficar desse tamanho e mostro prá ele: “Olha aqui, a borda do fígado tinha que tá aqui na arcada costal, o teu tá aqui embaixo, meu filho, portanto depois que ele for pra cirrose aí não adianta tu me procurar. Quer dizer, a hora é agora, se você quiser parar (...) pra maior parte resolve o susto mais do que as bolinhas. (médico da unidade de saúde de Jaguari, entrevistado por essa pesquisadora em 2004).

Perguntados nessa pesquisa com relação ao seguimento das orientações dos médicos, os pacientes também expressam a dificuldade em adotar mudanças em suas vidas:

O doutor me deu uma relação de tudo que era pra eu comer e tudo que não era para comer. Daí eu cheguei em casa e disse pro meu marido: o que é que eu vou comer? O doutor me tirou tudo, o que é que eu vou comer? Daí eu comecei a comer pão de centeio, comecei a emagrecer, agarrei e não comi mais... digo não, eu vou virar um palito, a Olívia Palito, digo, não, aí eu falei para o doutor: doutor, o senhor vai me deixar igual à Olívia palito, que é um pavio, o vento vem e me derruba. Eu não vou fazer a dieta que ele me deu, troquei tudo. Como pão torrado e aí a gente vê que esta normal, a gente passa um pouquinho. (E 03)

Essas mudanças são tanto mais difíceis quanto maior a distância da percepção do paciente em relação à do médico. A paciente acima é diabética e a literatura médica enfatiza a importância da troca do pão branco pelo pão de centeio. Fora da gravação a paciente argumenta que o preço dos dois pães também foi um impeditivo para que ela utilizasse o recomendado em sua dieta.

Muitas das recomendações estabelecidas por médicos e nutricionistas tornam-se distantes da realidade dos pacientes, seja pelo aspecto econômico seja

pela disponibilidade local de aquisição de certos tipos de alimentos. Muitas dietas prescrevem, por exemplo, o consumo regular de peixes em substituição às carnes vermelhas. Num município como o pesquisado em que a agropecuária é predominante e a pesca é realizada de maneira artesanal por pouquíssimas pessoas, a aquisição da carne de peixe, além da pouca oferta é de valor muito superior ao da carne vermelha. A oferta maior de peixes vem de açudes locais e se realiza na época da Páscoa, especialmente na Sexta-Feira Santa, quando o consumo do peixe como refeição é estimulado pela tradição judaico-cristã, predominante no município.

Outra entrevistada expressa na sua fala essas dificuldades; ela refere-se à aquisição de um tipo específico de arroz recomendado para sua dieta, que ela não consegue comprar pelo alto valor nem encontrá-lo no município, uma vez que os supermercados locais têm um custo alto em manter produtos que não sejam procurados frequentemente pelos consumidores:

Porque tenho vergonha de seguir tudo, ele vai dizer isso pode, isso não pode, que geralmente é uma comida variada que a pessoa tem que comer, né, mas às vezes a pessoa não tem, tem que comer o que tem, né. Tem que comer esses arroz, come esses arroz que é próprio pra diabetes, pão que é próprio pra diabetes. Essas coisas são caras pra comer. (E 04)

Alimentar-se, mais do que saciar a fome constitui-se num ato simbólico e social (HELMAN, 2007). Carregado de significados, o alimento representa a força para o trabalho, a disposição para as tarefas do cotidiano e uma situação econômica capaz de prover tal necessidade. Conhecer o significado cultural e social de cada alimento, como ele é classificado, ajuda no entendimento de adesão ou não a certas prescrições, de mudanças de certas práticas. Em certas culturas alguns alimentos são considerados sagrados; em outras, determinados alimentos são utilizados como remédios e também vistos como sinal de *status*, relacionados ao gênero ou ocupação dos atores sociais (HELMAN, 2007). Por exemplo, a gordura sempre foi vista como a maior fornecedora de energia para o trabalho e é utilizada pela sensação de saciedade que proporciona principalmente para os trabalhadores braçais. Os pacientes falam sobre isso quando são prescritas dietas pobres em gordura e acham que ficarão fracos para trabalhar se adotarem essas mudanças.

Eu acho difícil coisa mais, mas eu acho que se eu não tivesse que cozinhar, para mim era a coisa mais fácil porque eu não ia fazer comida só para mim, eu ia fazer coisinha que não engordasse, mas como tem marido que tem que ter paneladas e paneladas de comida forte, ele não gosta de comer comida fraca, no fim eu acabo comendo também. (E 18)

Jaguari, conforme já foi mencionado, possui uma forte colonização italiana, mas também há vários descendentes de outras culturas como alemã, polonesa, entre outras. Nessas é bem marcante a utilização dos produtos derivados do porco, como banha, toucinho, carnes em geral. Alterar essa forma de consumo significa alterar toda uma cultura de origem e um modo de produção que se baseia nisso. Segundo Helman (2007), com a globalização houve uma difusão muito grande de hábitos até então estranhos a determinadas culturais, bem como de modos de “produção, de comercialização e de consumo” (Helman, 2007, p. 59). Por consequência, ocorreu uma mudança nas dietas tradicionais, através da “introdução de diversos alimentos do tipo lanche e que são nutritivamente inadequados (“hamburguerização”)” (Helman, 2007, p. 59). Esses novos “alimentos” tipo “*fast-food*” não são tão comuns no município de Jaguari que ainda tem uma vida mais tranquila e pacata em relação às grandes cidades. Mesmo assim, devido à enorme divulgação dos meios de comunicação, esses alimentos estão sendo introduzidos no cotidiano dos moradores pela fácil aquisição (preço) e pelo fascínio que exercem nas crianças. Já os alimentos tipo “*light*” e “*diet*” tão apregoados como importantes para a dieta, especialmente de diabéticos e obesos, possuem um custo mais elevado. Interferir nessas dietas pressupõe conhecer os costumes locais e adequá-los à realidade sócio-econômica (HELMAN, 2007). Muitos pacientes reclamam que nutricionistas não conseguem prescrever alimentos que façam parte das suas realidades, baseando-se em dietas pré-fabricadas ou pertencentes a outras realidades.

A gente se cuida na comida, na gordura, no doce... é um pouco difícil se cuidar, ele orienta o paciente para, tanto na dieta como na medicação... porque as vezes a gente faz as coisa errada por que que... ele já cansou de brigar comigo. Dizem pra comer bastante verdura, bastante líquido, faço, mas algumas coisinha não obedeco. A gente quando exagera sente um pouco. Eu me cuido, mas tinha que caminhar e quase não caminho, tomo remédio direitinho mas não consigo comes menos carboidrato, menos arroz, menos pão, a batata, a mandioca, ela disse que tudo isso tem essas coisas que aumentam também os triglicídeos, não dá para comer coisa gorda, o sal. O paciente assim que tem que se dar conta, né, que ele vive mais, ele tem que se cuidar, mas também eu sei que a culpada era eu, porque não fazia as coisas. Mas agora eu estou me cuidando, fiz até uma promessa,

não estou jantando, só almoço, faço bem magrinha minhas comidas e de noite só tomo um cafezinho, um chá. (DSC)

Quando falam que “*o médico já cansou de brigar comigo*”, essa expressão remete a um distanciamento entre médico e paciente, onde um tem o “poder” de mandar e estipular o que deve ser feito e caso isso não aconteça ele tem o “dever” de cobrar. Quando essas relações não são coparticipativas, o paciente assume um papel de “colaborante no tratamento” (CARAPINHEIRO, 1993: 270) e não participante desse. Assim, num julgamento semelhante ao dos médicos, podem ser considerados como “maus doentes” ou “bons doentes”. Na mesma perspectiva de análise, pode-se falar também em um tipo ideal de doente.

O tipo ideal de doente seria aquele paciente “colaborante”, isto é, aquele que faria tudo o que fosse prescrito e sugerido pelo médico sem questioná-lo. Mas tal categoria pode ser entendida como uma “estratégia dos doentes”, quer dizer, eles atenderiam às orientações médicas para ganharem benefícios em troca. Talvez isso seja melhor visualizado em uma estrutura hospitalar, na qual “hospitalizados” os doentes estariam à mercê de certos privilégios imediatos ou não como, por exemplo, ser melhor ou prontamente atendidos e obterem informações sobre sua saúde. Mas de qualquer forma, colaborante ou não, o paciente pode também agir de acordo com aquilo em que acredita, utilizando, para isso, “estratégias de sobrevivência”, quando pedem receitas e exames que desejam fazer ou quando não colaboram com os tratamentos:

Eu acho que a conversa, não surte efeito, dá vontade de desistir mesmo. Tem colegas que, “eu quero isso”, tá, pronto, já dão a receita e aí se tu for ver, isso é uma boa consulta, porque qual é a expectativa desse paciente? Conseguir a receita. Ele conseguiu em menor tempo possível, ele fica satisfeito. (médico que atende na mesma unidade de saúde em pesquisa realizada em 2004).

Na relação médico-paciente, assimétrica em sua maioria, não há um dominador sem que haja um dominado e isso pode servir a ambos. O doente possui também o seu saber-poder (CARAPINHEIRO, 1993) quando doente profissional. Adquire conhecimentos que podem questionar os saberes dos médicos assim como sua autoridade.

3.8 A Autoridade Médica

O maior paradoxo de pesquisador é compreender como e porque os pacientes obedecem tanto a seus médicos e, embora não façam tudo aquilo que eles determinam, não os questionam, mesmo não concordando com eles. Essa influência tamanha e tão naturalizada nessa relação é discutida por diversos autores, dentre esses Freidson (1978), Moura (2004), Luz (1995), Machado (1999), Carapinheiro (1993).

Durante o período de formação médica os estudantes são socializados com base em valores profissionais, e "... esses valores contribuem para a fixação da autoridade e da responsabilidade médicas" (CARAPINHEIRO, 1993, p. 196). Eles também "demarcam" o território de atuação médica tanto em relação aos profissionais que atuam na "órbita médica" como em relação aos pacientes, configurando a dinâmica dessas relações.

As competências de difícil aquisição, aliadas a técnicas especiais adquiridas durante a formação acadêmica, para "... tratar doentes, estudar doenças e inovar processos de diagnóstico e terapêutica" (CARAPINHEIRO, 1993, p. 197) garantem aos médicos uma "acumulação de saberes, competências e experiência clínicas" que constituem "um capital técnico de valor inestimável e de importância indiscutível" que acarreta posições de prestígio, autoridade e influências sociais, tanto em relação aos demais profissionais como em relação às pessoas em geral, especificamente os pacientes (CARAPINHEIRO, 1993).

Esse "capital técnico" dos médicos consolida sua "autoridade moral e social" especialmente em relação aos pacientes, exercendo "... um poder indisputável que confere ao exercício do acto clínico a forma de violência simbólica" (Carapinheiro, 1993, p. 197). Essa violência simbólica seria exercida quando da organização do espaço físico reservado aos pacientes, na exposição dos pacientes quando de *rounds* em hospitais, na tradução forçada dos discursos dos doentes em discursos clínicos codificados da medicina. O capital técnico também é um "capital simbólico, constituindo o principal recurso do exercício de um poder técnico-carismático sobre todos os demais protagonistas activos e passivos da cena médico-hospitalar" (CARAPINHEIRO, 1993, p. 197).

A autoridade profissional do médico define a “relação provedor-consumidor” (Machado, 1999, p. 22). Os pacientes se queixam, mas não reclamam oficialmente dos médicos. Ir contra o poder médico remete a ir contra essa autoridade. Reclamar do atendimento médico ou dos médicos seria não poder ter mais acesso a esses serviços e ao conhecimento de sua saúde ou doença. Assim os pacientes ficariam sem o auxílio médico e não teriam a quem recorrer.

Tenho medo de reclamar, fica aquela coisa, mas passa. Já tive vontade de sair daqui e procurar os direitos da gente, mas no fim passa e a gente deixa. Não sei se acha que vale a pena, passa e a gente não procura, mas devia. (E9)
(Se reclamar) depois vem aí e correm com a gente daqui. Eu tenho medo que, o Dr. V também é outro que não examina direito, ele já tá mandando de volta, pergunta, mas não examina. (E8)

A autoridade médica, para que seja exercida plenamente necessita de “... um alto grau de legitimidade dos dois lados, tanto do que manda quando do que obedece. O sistema de dominação será tanto mais eficaz quando maior sua legitimidade” (Machado, 1999, p. 22).

Essa legitimidade se apoia, segundo Freidson (1978), numa combinação de autonomia econômica, científica e tecnológica. Controlando o conteúdo do próprio trabalho, além de controlar o processo formativo e de aprendizagem, a profissão pode requisitar a si a competência tanto para o estabelecimento do mercado de clientela como também um monopólio de saberes e competências que justifica o apoio e a proteção do Estado. O acesso limitado a essa formação, bem como aos privilégios associados, legalmente instituídos, também a torna legítima em “conceder licenças profissionais”. Com o poder de delimitar o campo de estudo e as atribuições, a profissão médica também tem o privilégio de controlar o exercício de profissões afins ou relacionadas, que estão na sua “órbita” (Carapinheiro, 1993).

Também existe na profissão médica um alto grau de corporativismo, uma defesa dos seus membros quando o assunto for de interesse da classe. Esse espírito corporativista associado a uma batalha constante para manutenção da autonomia profissional e social e o domínio de certos conhecimentos, “revestido de uma base hermenêutica” mantém “os doentes com o seu saber nativo” e os conserva “numa situação de dependência e, simultaneamente, de distância social” (Carapinheiro, 1993, p. 73). Essa dependência também é exercida quando a

medicina ocupa um papel “paternalista”, controlando a sexualidade e fecundidade, quando apóia a família e “... todos os fenômenos da ajuda que se lhe articulam, na definição da condição de doente das mulheres, dos homens e das crianças e na produção de etiquetas de normal/anormal nas relações sociais familiares” (CARAPINHEIRO, 1993, p. 75).

Segundo Moura (2004) a posse do conhecimento e o seu controle seria fundamental para constituição do que ele denomina de “carisma particular dos médicos” (Moura, 2004, p. 59). As relações estabelecidas com o médico são, baseadas nesse carisma que os médicos detêm em função de terem o “saber capaz de curar doenças e de salvar vidas”, (Carapinheiro, 1993, p. 46) associado a uma competência técnica.

A figura do médico seria a única que poderia dominar a morte, superar o mal, representado pela doença e restabelecer a vida. Tal situação, inspirada em modelos religiosos cristãos, pode estar fundamentada pela escritura bíblica e também representada pelo juramento médico quando da conclusão do curso de Medicina. Tudo isso reforçaria a moral e a autoridade do médico frente à vida e a morte, traduzindo-se na fonte de sua autoridade (MOURA, 2004).

Starr (1982) e Freidson (1978) divergem sobre a legitimação dessa autoridade médica. Segundo Starr (1982 *apud* Moura, 2004), o paciente acredita na autoridade médica por confiar na eficácia desse profissional. Para Freidson (1978) o poder do médico foi conquistado quando da legitimidade, legalidade e autoridade atribuídas pelo Estado à prática médica, desde a consolidação do Estado Moderno.

Para Moura (2004), “... pouco importa se esta habilidade de curar e se este domínio sobre a morte são reais. O que conta é que o público deseja (...) acreditar que alguém - humano e não divino - detenha esse poder” (MOURA, 2004 p. 60). Além de desejarem acreditar nisso, há a necessidade dos pacientes crerem em alguém que possa ajudá-los, tirando ou curando suas dores. Também esperam que alguém lhes dê atenção, cuidado, carinho e essa expectativa toda fica concentrada no médico, auferindo-lhe tanto poder. E esse poder também tem a ver com o objeto específico da prática médica, nada mais nada menos que a vida ou a morte, objeto que foge ao controle das pessoas.

Por isso, além da autoridade técnica o médico é reconhecido como uma “autoridade moral”. Essa moral que como já visto substituiu a religião, se apresenta

agora numa forma de “bem viver” (SCHRAIBER, 2008), onde o médico, embora alguém estranho à vida do indivíduo, lhe diz o que comer, como se comportar, enfim, como viver. Isso poderia nos fazer compreender porque o paciente coopera com o médico quanto ao seguimento das prescrições, porque confia nele e porque permite, mesmo contra a sua vontade, que alguém lhe dê ordens.

Embora o médico não examine como o paciente acredita que tenha que ser examinado e nem lhe dê a atenção que gostaria, continua sendo o seu referencial técnico e o responsável pela sua vida. Os médicos sabem disso e percebem que o que falam para o paciente tem valor de verdade.

Na visão dos próprios médicos são eles os mais influentes na vida das pessoas, responsáveis pela mudança de hábitos (Bolzan, 2004), como poder ser observado nas falas que seguem:

O médico é aquele profissional que o paciente leva mais em conta ainda... ainda respeitam mais o médico. Isso é bem forte. O médico é a pessoa que tem mais condições de orientar, mudar hábitos, faltando disponibilidade de tempo para isso. Se a orientação médica tiver também o apoio da mídia os resultados poderão ser melhores. A parceira com outros profissionais é importante, embora eles não estejam devidamente preparados para isso e não tenha o valor que os médicos possuem perante os pacientes. (Discurso do Sujeito Coletivo dos médicos entrevistados, BOLZAN, 2004).

Analisando esse discurso podemos aferir que os médicos percebem-se como os educadores em saúde mais eficientes, seja pelo prestígio que desfrutam, seja pelo conhecimento que adquiriram em sua formação.

Além do reconhecimento da autoridade técnica e moral há, pelos pacientes, um reconhecimento de confiança. A confiança está implícita em todas as falas. Por mais que os pacientes discordem em alguns pontos com os médicos eles confiam em seus diagnósticos e seguem os tratamentos, especialmente os medicamentosos, conforme o relato apresentado pelos informantes: “... confio, porque acho que tem que confia nessas pessoas que estudaram uns quantos ano pra vim atende a gente, se eu vejo que eu não gostei, eu não vou mais” (DSC).

E fica mais clara ainda a questão da confiança quando se abordou se os pacientes gostariam de trocar de médico. Nenhum dos entrevistados quer trocar de médico, uns pela conveniência do atendimento no posto, onde não há necessidade de se ter convênio e também porque acreditam, realmente, no que o profissional diz. Alguns, inclusive, são enfáticos na recusa a qualquer troca de profissionais.

Autoridade, reconhecimento, poder, gratidão, confiança, dependência, respeito. Afinal, são essas percepções que os pacientes têm dos seus médicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desse trabalho foi compreender as relações estabelecidas entre médicos e pacientes durante uma consulta médica. Foram analisadas as representações construídas pelos pacientes acerca desse atendimento, como vêem as orientações e recomendações médicas, como percebem o diagnóstico e o tratamento propostos pelo médico, enfim, toda uma gama de percepções e compreensões acerca do relacionamento entre médico e paciente, sob a ótica do paciente.

O que pode ser percebido quando da análise desses dados é que se estabelece nitidamente uma relação de autoridade “técnica”, entre alguém que sabe exatamente o que está acontecendo com o paciente e o paciente aceitando que alguém, no caso o médico, lhe diga o que o seu corpo apresenta. O médico enquanto detentor de um conhecimento técnico, que o paciente não possui, torna-se diferente desse, tanto na relação dentro do consultório como na vida social e assim detêm socialmente a competência e legitimidade de discriminar o bem viver relativo a adoecer e ao recuperar-se.

Essa técnica apreendida pelos médicos e que os faz “profissionais” diante dos “leigos”, os pacientes, é reconhecida como de difícil aquisição. Em conversas informais pelos corredores da unidade de saúde as pessoas comentavam sobre o quanto os médicos precisam dedicar-se e estudar para aprender sobre o corpo dos outros. Numa dessas falas, uma senhora estava indignada com os diferentes diagnósticos que havia recebido em consultas com diferentes médicos. Para ela “por que estudavam tanto se não sabiam direito o que ela tinha!” Mas, mesmo indignada não deixava de procurar ajuda médica porque acreditava que um dia algum deles iria descobrir o que ela tinha de verdade.

No primeiro capítulo procurou-se expor os caminhos a serem seguidos para darem conta dos objetivos propostos. O Discurso do Sujeito Coletivo pode ser constituído a partir da seleção das ideias-centrais, relacionadas ao cotidiano que marca as relações sociais entre os profissionais da medicina e os usuários do sistema de saúde. Este discurso significa agrupar ideias e conceitos chave chegando a um discurso único, sem anular os discursos individuais, mas somando-

os enquanto se complementarem. Em muitas questões não foi possível constituir um único discurso do sujeito coletivo, sendo necessário mais de um devido à complexidade de algumas questões e à necessidade da demarcação de diferentes opiniões.

A maioria dos informantes foram mulheres; apenas um homem foi entrevistado. Isso porque são as mulheres que frequentam mais a Unidade de Saúde em Jaguari. No entanto, as mulheres não consultam somente para si, mas também para seus maridos, pais e filhos, seja requerendo exames ou medicações ou estabelecendo uma consulta por eles. Isso foi analisado juntamente com dados do Ministério da Saúde que apontam as dificuldades dos homens em recorrerem ao posto em situações não emergenciais, devido a uma série de fatores, sejam eles econômicos, culturais, sociais ou políticos.

Pode-se observar, também, ao longo do trabalho de campo, que os pacientes normalmente reproduzem o discurso médico quando tentam explicar o motivo da sua consulta e a interpretação dada à sua doença. Os informantes apresentam uma dificuldade inicial para falarem das suas doenças e das causas, e associam-nas, normalmente, aos fatores hereditários e às circunstâncias da vida relacionada ao trabalho e relacionamentos. A questão do nervoso, definido pelos informantes como sendo um estado de ansiedade, uma sensação de angústia, sufocação, mal-estar, agitação, aparece nas entrevistas como um importante fator de adoecimento nessa população.

Múltiplos motivos são apresentados quando das consultas no Posto de Saúde. As causas de busca de atendimento médico são diversas, indo desde doenças agudas a controle de doenças crônicas, onde os pacientes recorrem a medicações de uso contínuo, a exames para acompanhamento da evolução de suas doenças, à realização de exames preventivos e do pré-natal.

As doenças são percebidas pelas pessoas pela incapacidade para o trabalho, quando apresentam dificuldade de realizarem tarefas antes realizadas sem maiores dificuldades e por sintomas como dor e mal-estar, ou seja, a percepção da doença pelos informantes surge quando estes observam que a margem de “tolerância” torna-se mais exígua, fazendo com que seu organismo apresente uma “diminuição da margem de segurança às infidelidades do meio”.

A maioria dos entrevistados não acredita na cura de suas doenças, especialmente no caso de doenças crônicas. Também há a reprodução do discurso médico na necessidade de controle dessas doenças pelo uso contínuo de medicamentos e de orientações dietéticas e comportamentais. As doenças agudas são percebidas como curáveis se o tratamento for o correto e realizado conforme a prescrição do médico. O medicamento aparece como o principal responsável pela melhora do paciente nos casos de doença aguda e como mantenedor da qualidade de vida em casos de doença crônica, conforme os relatos apresentados pelos entrevistados.

Quando da sensação de dor, incapacidade ou mal-estar as pessoas buscam diversos tipos de ajuda. A ajuda mais solicitada é a do médico, representado na ida ao Posto de Saúde. Mas há também aqueles que buscam auxílio médico após um período de espera, para ver se o seu corpo recupera-se de uma sensação de mal-estar, dor ou outro sintoma diferente. Há outros ainda que recorrem aos chás e benzimentos, muitas vezes associados com medicamentos alopáticos comprados em farmácias. A maioria, porém, não utiliza um único sistema de ajuda, associando diversos tipos de cura, como por exemplo, a fitoterapia e a alopatia, o benzimento e a ida ao médico frequentemente para o alívio rápido dos sintomas, seguindo a lógica do imediatismo da cura para retorno às atividades cotidianas.

O Posto de Saúde é procurado por diversos motivos. Existem pessoas para quem o posto representa o único acesso a consultas e exames, uma vez que não dispõe de recursos ou convênios para atendimentos médicos particulares. Para outros o posto significa um meio de conseguir exames mais especializados de forma gratuita ou mais econômica em relação aos planos de saúde. Como o acesso ao SUS é universal, ambas as situações puderam ser observadas ao longo do trabalho de campo.

Os pacientes não reclamam do Posto de Saúde em si, mas da falta de remédios ou de assistência que ele apresenta. O maior motivo de descontentamento, quanto ao atendimento na unidade de saúde pesquisada, é do pouco tempo que os usuários deste sistema permanecem no consultório médico, embora estes não reclamem dessa questão quando questionados sobre o que pensam sobre o tempo de consulta.

O tipo ideal de atendimento citado pelos pacientes é o do consultório particular, no qual o médico atenderia com mais calma, dando, por consequência, mais atenção ao paciente. Mas também foi possível observar relatos, por parte de algumas pessoas, sobre situações nas quais os pacientes esperam, também, um determinado período de tempo, para serem atendidos no consultório privado.

Comparando-se o atendimento no posto com a recente pesquisa do IPEA sobre o atendimento pelo SUS pode-se constatar que a população não apresenta a maioria das queixas da pesquisa, pois não há um tempo muito grande de espera e também não há falta de médicos, embora esses não cumpram o horário de quatro horas diárias. O acordo que existe entre os médicos e a administração da saúde é que eles atendam um número de dezesseis fichas por turno de trabalho e isso é realizado normalmente em duas horas.

No terceiro capítulo desse trabalho foram abordadas as questões mais específicas dos relacionamentos entre médicos e pacientes. Ao analisar os dados, pode-se compor um tipo ideal de médico que contrasta com o médico encontrado na unidade de saúde, embora as diferenças não sejam tão gritantes. O bom médico, categoria criada para fins de análise, é percebido pelos pacientes como aquele que tenta ver o que o paciente tem, isto é, representa o profissional capaz de dar um sentido àquela sensação, que administre um tratamento que dê conta da afecção e que toque, que apalpe, escute e explique ao paciente o que ele realmente tem.

As pessoas entrevistadas também acreditam que o bom médico seria aquele que pediria exames. A crença na tecnologia médica é bem presente e representa para os pacientes o acesso à visão do interior do corpo, que nem o próprio médico possui. Mas apesar do médico ideal ser aquele que possua todas essas características os pacientes admiram e acreditam mais naqueles profissionais da medicina cujas ações e práticas distanciam-se dos pacientes, quer dizer, a legitimidade e o reconhecimento do tipo ideal de médico refere-se àqueles médicos que são mais enfáticos nas orientações durante as consultas.

O médico é reconhecido como a autoridade técnica e moral para tratar do paciente, a quem eles devem recorrer quando se sentem mal e depois de não terem obtido sucesso com outras formas de cura, como a fitoterapia e benzimentos. Essa autoridade é tão “normal” que os pacientes não questionam o que alguns médicos dizem e seguem as orientações e prescrições corretamente. A linguagem técnica

adotada pelos médicos não aparece como um fator de empecilho na relação médico-paciente nessa pesquisa de uma forma direta. Mas é relatada nas entrelinhas de outras falas, podendo ser percebida naquelas situações em que os pacientes expõem que não entenderam direito o que médico disse ou que outras pessoas foram acionadas para que ele pudesse compreender a sua situação.

Faltou muito a pesquisar. Talvez o tempo de contato com os pacientes devesse ser maior. Talvez a abordagem tivesse que ser diferenciada. Misturaram-se muito durante todo o processo desse trabalho a médica e a pesquisadora. Isso pode ter influenciado na análise dos dados, na compreensão do que diziam os pacientes, no diálogo com os diversos autores que trataram sobre esse assunto. Mas esse trabalho teve essa marca.

Quando se propôs a pesquisa ela teve, inicialmente, uma abordagem antropológica. Por isso não havia uma hipótese para a pesquisa. Depois quando mudou de rumo, passando a ser uma pesquisa sociológica, essa hipótese teve que ser construída, embora o trabalho de campo já tivesse tido início. A partir desse momento outros autores foram incorporados ao trabalho e contribuíram sobremaneira para a nova abordagem, tais como Freidson, Moura, Luz, etc.

Além da abordagem, a questão central da pesquisa também se modificou. Talvez uma evolução natural diante dos fatos. Fato é que outras questões passaram a ser centrais na pesquisa. Por que os pacientes, embora reclamem dos médicos, não deixam de obedecê-los? Ou porque parecem admirar mais aqueles mais distantes, os que tocam menos, escutam menos, não são tão “bonzinhos”? Por que o fascínio pelos mais distantes? Por que a idolatria pelos médicos mais convencionais?

Tentou-se buscar respostas a essas questões. Talvez não de maneira totalmente satisfatória, mas muito ficou entendido dessa relação de poder, de autoridade, de dependência, em que um médico determina ao seu paciente o que ele deve fazer e este deve obedecer.

Nesse sentido, conforme as questões acima mencionadas, é possível arguir que embora os usuários da unidade de saúde pesquisada tenham críticas em relação ao tipo e à forma de atendimento médico que são construídos durante a relação médico-paciente, são estes mesmos pacientes que reconhecem como legítima a prática médica “tradicional”. Desse modo, a definição do que representa o tipo ideal

de profissional da medicina, ou seja, quem os informantes definem como sendo o bom médico, refere-se àquele profissional que se mantém distante durante a consulta, o qual utiliza uma linguagem técnica e que não estabelece uma relação de proximidade e de contato corporal com o paciente, ou seja, que representa uma autoridade social, legitimidade pelo Estado e pela própria sociedade.

REFERÊNCIAS

ADAM, P. e HERZLICH, Claudine e. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

BOURDIEU, Pierre; Chamboredon; Passeron. **Ofício de Sociólogo. Metodologia de pesquisa na sociologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Editora Graal, RJ, 1984.

BOLZAN, Helen Lúci Taschetto. **A comunicação médico-paciente em Jaguari/RS: a percepção dos médicos**. Monografia para conclusão de especialização em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 20, de 15-12-1998. 21 ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

CANESQUI, Ana Maria (org.). **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo- Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1995.

_____. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec Abrasco, 1997.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense - Universitária. 1978.

CAPONI, Sandra, 2003. **Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud**. In: História, Ciências, Saúde. Vol. IV (2). Jul-Out. 1997 (pp. 287-307)

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e Poderes no Hospital**. Porto, Edições Afrontamento, 1993.

CARRARA, Sérgio. Entre cientistas e bruxos. Ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. *In: Saúde e doença. Um olhar antropológico*. (org) Paulo César Alves e Maria Cecília de Souza Minayo. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. Ano XXIV- nº 182. Março/2010.

_____. Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada que indica a percepção da população sobre o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acessado em: fev. 2011.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

CZERESNIA, Dina (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

DA MATTA, Roberto. **O ofício do Etnólogo, ou como ter "Anthropological Blues"**. In: Nunes, Edson de Oliveira (org.). *A Aventura Sociológica: Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. RJ: Zahar, 1978.

DONNANGELO, Maria C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

FERNANDES, João Cláudio Lara. **A quem interessa a relação médico paciente?** *In: cadernos de Saúde Pública*. Vol. 9, nº 1. Rio de Janeiro. Jan/ Mar., 1993.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares e BRUM, Jane Lílian Ribeiro. "As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde". **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V.21, n. esp., 2000 p.5-14.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREIDSON, Eliot. **La Profesión médica**. Um estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones península, 1978.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

GIDDENS, Anthony et al. **Modernização reflexiva**. São Paulo: Unesp, 1997.

_____. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. **Sociologia**. Artmed Editora, 2005.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1999

HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003; 2007.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. & GOOD, B., 1989. Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezione cliniche dalla ricerca antropológica e trasnculturale. **Sanità scienza e Storia**, 1:3-26.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti e TEIXEIRA, Jorge J.V. **O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2000.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e Curandeiros. Conflito social e saúde**. São Paulo: DIFEL, Difusão Eleitoral, 1984.

LUZ, Madel T. e TESSER, Charles D. Racionalidades médicas e integralidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** 13(1) 2008-07-16

_____. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, RJ (suplemento): p. 145-176, 2005.

_____. **A Arte de Curar versus A Ciência das Doenças – História Social da Homeopatia no Brasil.** São Paulo: Dynamis editorial, 1996.

MACHADO, Maria Helena (coord.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina. Crítica sociológica das práticas médicas modernas.** Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 7ª edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2000.

MOURA, Luís César Souto de. **A face reversa da educação médica:** um estudo sobre a formação do habitus profissional no ambiente da escola paralela. Porto Alegre, RS: AGE: SIMERS, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a sociologia da Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec. 1999.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **Pensamento Antropológico.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro: Brasília: CNPq, 1988.

ORTIZ, Renato. “Durkheim- arquiteto e herói fundador”. *In: Ciências Sociais e Trabalho Intelectual.* São Paulo: Olho d’Água, 2002.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

QUEIROZ, Marcos S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico.** Bauru, SP: EDUSC, 2003.

_____. **Representações sociais sobre o SUS.** Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1991.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. **O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões.** Texto 3, 2ª série. *In: reflexões sobre a pesquisa sociológica.* Centro de Estudos Rurais e Urbanos. São Paulo, 1992.

SANDALOWISK, Mari Cleise. **Senhores do destino?** A trajetória profissional como elemento condicionante a receptividade das novas tecnologias terapêuticas de manipulação de células-tronco em um setor da comunidade médica do Rio Grande do Sul. 2009. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SAYD, Jane Dutra. **Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SCHRAIBER, Lilia B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild: 2008.

SILVA, Augusto Santos. A ruptura com o senso comum nas ciências sociais. *In: Metodologia das Ciências Sociais* (Org) Silva, A.S.; Pinto, J. M. Edições Afrontamento, 2007, 14ª edição.

SILVEIRA, Maria Lucia da. **O nervo cala, o nervo fala.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL. **Histórico.** Disponível em: <www.simers.org.br/cms>. Acessado em: 13 de abril de 2011.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 1988.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VELHO, Gilberto. **Observando o Familiar.** in: Nunes, Edson de Oliveira (org.). *A Aventura Sociológica: Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social.* RJ: Zahar, 1978.

ANEXOS

ANEXO A – Solicitação de permissão para desenvolver a Pesquisa junto a Unidade de Saúde de Jaguari

À Sra. Carmen Turchetti
Secretária Municipal de Saúde
Jaguari - RS
Assunto: Realização de Pesquisa.

Prezada Senhora:

Ao cumprimentá-la cordialmente, dirijo-me a Vossa Senhoria, na intenção de solicitar permissão para desenvolver uma pesquisa junto a Unidade de Saúde de Jaguari. Tal pesquisa dará origem a Dissertação de Mestrado, a qual faz parte das exigências do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria, do qual sou aluna mestranda.

O objetivo geral deste estudo é conhecer e compreender o modo como as pessoas que procuram o atendimento na Unidade central de saúde de Jaguari entendem o relacionamento com os médicos que os atendem na unidade, o que percebem da consulta, como entendem as explicações e se veem atendidas suas expectativas e anseios. Por meio de tal estudo permitir-se-á a identificação dos aspectos que influenciam a relação médico-paciente e com isso, em tese, contribuir, de forma indireta, com a qualificação em saúde pública.

A abordagem do estudo será qualitativa e as técnicas a serem utilizadas serão: entrevistas em profundidade com alguns pacientes que se encontram na sala de espera dos consultórios da unidade de saúde, de escolha aleatória, em diferentes horários e dias, num total de 20 pessoas a serem entrevistadas. Como pesquisadora, assumo o compromisso de tão logo a pesquisa esteja concluída, devolver a esta instituição os dados encontrados.

As atividades acima referidas de coleta de dados deverão ser desenvolvidas no ano de 2010, com início provável para o mês de fevereiro e término em julho do mesmo ano.

Diante disso e considerando a enorme contribuição que este estudo trará à população jaguariense, bem como para a construção do conhecimento científico em ciências sociais e Saúde Pública, aguardo autorização para realizar a referida pesquisa. Desde já agradeço e aguardo deferimento.

90

Helen Lúci Taschetto
Mestranda do PPG Ciências Sociais - UFSM

ANEXO B – Autorização da Unidade de Saúde de Jaguari, para a realização da pesquisa

Jaguari, 18 de dezembro de 2009.

Prezada Senhora:

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por intermédio deste, autorizá-la a realizar a pesquisa proposta em ofício recebido, tendo em vista a possibilidade de contribuição para a saúde pública em Jaguari.

Outrossim, saliento a necessidade que sejam observadas as exigências éticas expostas por vossa senhoria e que, principalmente, retornem os resultados de tal pesquisa a esse município para que revertam na melhoria da qualidade de saúde pública nesse município.

Carmen Lúcia Turchetti
Secretária Municipal de Saúde de Jaguari, RS.

ANEXO C – Declaração do Entrevistado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MELANCIA É FRUTA? ENCONTROS E DESENCONTROS NA RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE

Pesquisadora: Helen Lúci Taschetto Bolzan – Médica e Aluna do Mestrado em Ciências Sociais da UFSM.

Tel: (55) 32551886; Cel: (55) 84041886; e-mail: mjbolzan@brturbo.com.br

Orientador: Profa. Dra. Mari Cleise Sandalowski (Socióloga – Professora do Departamento de Ciências Sociais da UFSM e do Mestrado em Ciências Sociais da UFSM).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o que pensam as pessoas que consultam sobre o relacionamento com os médicos que os atendem na unidade de saúde de Jaguari, RS. O objetivo dessa pesquisa é conhecer e compreender o que as pessoas que buscam atendimento na unidade de saúde entendem da consulta, o que percebem e como vêem atendidas suas expectativas e anseios.

Para alcançar o objetivo dessa pesquisa, serão realizadas entrevistas com um roteiro o qual você terá liberdade para responder o que achar necessário. Essas entrevistas serão realizadas por meio de uma conversa entre a pesquisadora e você, em local acordado convosco. Caso você autorize, as entrevistas serão gravadas. Após seu consentimento o registro das gravações será utilizado pela pesquisadora. Você terá disponível a transcrição realizada pela autora, para certificar-se do que realmente será considerado da sua fala e para que não ocorram equívocos.

Com a finalidade de trabalharmos dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa, o sujeito da pesquisa tomará ciência dos princípios éticos quais sejam: autonomia, beneficência, não-maleficência e confidencialidade e, que regerão sua participação.

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, obtendo parecer - APROVADO em

_____.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar desta pesquisa científica, e declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento sendo bem instruído, de acordo com os princípios da ética.

A minha participação é voluntária e livre, não acarretará nenhum risco físico ou moral, podendo deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, dando minha permissão para ser entrevistada e para estas entrevistas serem gravadas ou não em áudio. Todas as fitas serão desgravadas após o término da pesquisa, sendo que as falas serão identificadas por códigos. Estou ciente que sou livre para recusar a dar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas pelo pesquisador a meu contento. A minha participação ou não na pesquisa em nada influenciará no atendimento que venho recebendo ou que

ANEXO D – Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Melancia é fruta? Encontros e desencontros na relação médico-paciente

Pesquisador responsável: Mari Cleise Sandalowski

Pesquisadora mestranda: Helen Lúci Taschetto Bolzan

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais

Telefone para contato: (55) 32551886 – (55) 84041886

Local da coleta de dados: unidade básica de saúde de Jaguari

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade das pessoas que participarem da pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas , sendo utilizado gravação em áudio, na unidade de saúde e outros locais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas junto da pesquisadora por um período de 12 meses sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Helen Lúci Taschetto Bolzan. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,dede 2009.

Mari Cleise Sandalowski

ANEXO E – Carta de Aprovação

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: MELANCIA É FRUTA? ENCONTROS E DESENCONTROS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.

Número do processo: 23081.017071/2009-31

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0332.0.243.000-09

Pesquisador Responsável: Dra. Zulmira Newlands Borges

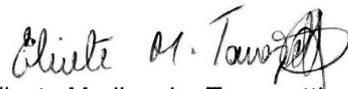
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro / 2011- **Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 26/01/2010

Santa Maria, 28 de janeiro de 2010.



Elisete Medianeira Tomazetti
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO F – Roteiro de Entrevistas

Representações sobre a doença:

1. Qual o motivo que levou o senhor ao posto de saúde?
 - 1.1. Se não foi consulta específica para a pessoa, qual o motivo?
 - 1.2. O que ele tem? Está doente? Sabe o que tem?
 - 1.3. Há quanto tempo o senhor está se sentindo doente? Fala sobre estado de saúde e doença (representações dele sobre a doença).
 - 1.4. Em sua opinião qual seria a causa da sua doença?
 - 1.5. Quando o senhor se sentiu doente?
 - 1.6. Quem o senhor procurou por primeiro para tratar dessa doença? (Deixar falar se tomou chá, procurou benzedor, ou outro recurso).
 - 1.7. Em sua opinião o que poderia curar o senhor?
 - 1.8. O senhor costuma fazer todas as suas consultas no Posto ou não? Se não, em que outros lugares o senhor consulta? Caso o informante consulte em outros lugares, perguntar em que situações ele procura o posto de saúde e por quê?

Representações sobre a consulta/ atendimento médico:

2. Como o senhor escolhe o seu médico? (No posto de saúde ou nas consultas particulares) tentar ver se ele escolhe o médico ou não no posto de saúde. - deixar falar)
 - 2.1. O senhor prefere ser atendido por médico homem ou mulher? Por quê?
 - 2.2. Em que situações ou quando o senhor procura o médico? Por quê?
 - 2.3. Quando o senhor faz uma consulta, qual a duração aproximada dessa consulta?
 - 2.4. Quanto tempo o senhor espera para ser atendido? Quanto tempo fica esperando?
 - 2.5. No momento da consulta, o médico lhe faz muitas perguntas quando examina o senhor? Que tipos de pergunta ele faz?
 - 2.6. O senhor consegue responder às perguntas que o médico lhe faz? Por quê?
 - 2.7. O senhor consegue entender essas perguntas?(sobre a linguagem, uso de termos técnicos).

- 2.8. Quando o senhor não consegue entender o que o médico lhe diz, o que o senhor faz?
- 2.9. O senhor se sente à vontade para tirar as suas dúvidas, para fazer perguntas para o seu médico?
- 2.10. Quando o senhor faz uma consulta, o médico sempre lhe dá uma receita? O que o senhor pensa sobre isso?
- 2.11. Quando o médico lhe receita um remédio, o senhor costuma tomar esse remédio conforme a orientação médica? Por quê?

Representações sobre a prática médica:

3. Em sua opinião, como o senhor definiria um médico ruim? Que tipo de médico o senhor considera como um médico que não atende bem o seu paciente?
- 3.1. Em sua opinião, o que é um bom médico? Que tipo de médico o senhor considera que atende bem o seu paciente?
- 3.2. Quando o senhor procura o médico, qual a sua opinião sobre a consulta que foi feita? O senhor ficou satisfeito com a consulta ou não satisfeito? Por quê? Fale um pouco mais sobre isso.
- 3.3. Em sua opinião os seus problemas de saúde foram resolvidos após sua consulta médica? O senhor conseguiu resolver os seus problemas depois da consulta ao médico? Sim ou não/ Por quê?
- 3.4. Quando o senhor faz uma consulta, o senhor segue todas as orientações e tratamentos propostos pelo médico? Por quê?
- 3.5. O senhor concorda com o diagnóstico que recebe pelos médicos? Se não concorda, o que ele acha que tem?
- 3.6. Quando o senhor faz uma consulta, o senhor entende tudo aquilo que o médico recomenda para o senhor ou não?
- 3.7. O senhor concorda com os tratamentos indicados pelos médicos quando o senhor se consulta? Por quê?
- 3.8. O senhor tem confiança no seu médico? Por quê?
- 3.9. O senhor tem a intenção de mudar de médico? Por quê?
- 3.10. Além do médico, o senhor já consultou alguma vez outras pessoas? Por quê?
- 3.11. Além dos remédios indicados pelo seu médico, o senhor costuma tomar algum tipo de chá, fazer benzedura também, por quê?

APÊNDICE

APENDICE A – Quadros do DSC:

(Continua)

IDEIA CHAVE	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Tá estudando” “Sorte” “Som alto”</p> <p>“Trabalhava. .. do remédio que eu tomei demais”.</p> <p>“Sô muito nervosa” “É de família” “O que tem que acontecer, vai acontecer”. “Nervos...tendência” “Susto...alimento.”</p> <p>“Nervo” “Peso... de duas pessoas”</p>	<p>“Eu vejo pela minha guria, que tem mais dor de cabeça do que eu. Ela tem 18 anos, ta estudando, sempre chega do colégio enlouquecendo de dor de cabeça”(E1). “Eu acho (que não ter certas doenças) é sorte”. “Eu acho que no bairro tem mais (dor de cabeça) porque lá os vizinhos do lado que fica mais junto tem som alto”.</p> <p>“Eu não sei porque eu trabalhava, eu sempre trabalhava na lavoura e trabalhava e daí começou um sábado de tarde inchá a perna e depois passei o domingo inteiro com a minha perna inchada...Eu acho, deus me perdoa, eu tomava remédio pra não fica menstruada... e eu achei, né, me dá na cabeça tem que ser daquilo, do remédio que eu tomei demais.”</p> <p>De tanto pensa...muitos problema na vida...preocupação “ eu acho eu sô muito nervosa, e as gurias, as cirança, assim, oh, tudo é assim o que eles querem que a gente tenta dá e aí sabe, vem tempos que aperta, né, assim, não tem um serviço, né, uma coisa, e eu não gosto de deve pra ninguém, eu so uma pessoa que não gosto assim de compra e dizê que vo paga tal dia e não consegui, e aí eu noto que seje disso.” (E 13) “agora essa eu não sei (diabetes)...eu acho que de repente já e de família, porque a minha mãe tem, o meu irmão.” “A minha mãe tinha, né.” “Acho que não regula, né, o que tem que acontecer vai acontecer.” “Eu viajava, era motorista, comia muito, viajava, comia muito doce”. “Eu acho que é hereditário, eu acho, minha mãe tinha”. “Não sei, ou de repente nervos, e daí quem sabe eu já tinha tendência. A mãe também tem.” “Só sei que a gente não pode leva um susto, nada, né, porque a gente vê que a pressão da gente, né, a gente não pode fica nervosa, né. O alimento também, né, por causa que isso, como a carne de porco eu não como né, não, sobe a pressão, massa essas coisa é muito, que diz que ela é muito massa, mais a minha comida assim é galinha, carne de galinha que é mais...” “Eu acho que...eu acho que era por causa dos nervo.” “Ah, eu acho que de tanto eu pensa, eu acho. A cabeça dessa nega veia deu muito nó, da muito nó, tem muitos problema na vida, né, eu acho que ocasiono de tanto pensa, eu penso isso aí, de preocupação com tudo, me</p>

(conclusão)

	preocupo muito com minha família.” “Eu acho que é o peso, eu acho que é, muito, muito peso, o médico disse que eu carrego o peso de duas pessoas.”
--	---

Quadro 3 – Qual a causa para sua doença?

DSC: “Eu acho que é quem está estudando demais. Não ficar doente é sorte. O barulho do bairro também causa dor porque todos ficam mais juntos. Também o trabalho demais, o remédio que eu tomei demais. Eu acho é hereditário, minha mãe tinha, mas o que tem que acontecer vai acontecer. Tem a ver com o fato de eu ser motorista, comia muito, viajava muito. Também tem a ver com os nervos, só sei que a gente não pode leva susto. A doença dá de tanto pensa, a cabeça deu muito nó, a preocupação com tudo, me preocupo muito com a família.”

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
“enxaqueca” “faze exames” diabetes... tomo remédio e contro Pré-natal Cistite Tira receita...pressão.. depressivo Mostra exame Diabetes alta... pega remédio. Dor de ouvido Leva exame. Exame pra mostra. Inflamação do colo do Labirintite.. .ruim de um joelho.. .pega remédio contínuo Pedi pra faze exame de sangue.	“A minha guria tem o mesmo problema e é enxaqueca”. (E1) “deu um pouquinho de inflamação no colo do útero...pra outras coisas mais, né, pra exames, RX, né, da pressão to tomando remédio.” “Eu vim pega uns remédio” “Vim faze exame, pedi exame que eu to com a diabete alta e o colesterol.” “É diabetes que eu tenho, faz bastante tempo, uns dez anos e tomo remédio e controlo” “Eu passei pelo consultório dele, fiz ultrassom já, né, e ele sugeriu que eu fizesse aqui pelo posto, né, porque eu só tenho sindicato, né, não tenho plano de saúde, né, então eu vou tentar fazer pelo posto agora. Quando eu fiquei grávida da (filha), eu fiz também o pré-natal pelo posto. As únicas vezes que eu procuro médico foi, porque graças a Deus, eu nunca. Vo faze cesariana, vou marca cesariana de novo pra depois liga. Dois já é suficiente, né, mesmo se for outra menina.” “Consultei porque me deu cistite”. “Pra tirá receita, prá mim e prá ela (se referindo à pessoa da qual cuida) que nós tiramo, por que ela toma os controlado, né, que é o Akineton, o Haloperidol, Neosine, esses aí que ela não pode ficá sem. E eu é por causa da pressão e o depressivo também que eu tomo também, não é Helen, senão eu não aguenta né.” “fui mostra um exame” “Fui consulta porque a minha diabetes tava meio alta e aí eu fui consulta pra pega remédio”.

(conclusão)

	<p>“eu vo todos os meses. Hoje eu fui busca uns exames da mãe, mostra pra doutora e fui consulta pra mim”.</p> <p>“To com uma dor de ouvido assim e aqui, mas não dói a garganta, dói fora aqui e ela diz que é do cigarro”</p> <p>“Eu fui leva o exame que eu já tinha feito, né, a ecografia, né pra mim, né, assim, que remédio que eu tinha que toma, coisa assim.”</p> <p>“tinha um exame pra mostra pra doutora.”</p> <p>“Porque eu tenho labirintite e ando ruim de um joelho e queria consulta pra perna e pra pega remédio contínuo, não é, que tem que tomar. Por causa que se para já me volta tudo de novo aquelas tontura, aquela coisa que parece que gira, gira, gira a cabeça da ente, né, que fico sem pode caminha, me ataca o estômago, me dá ânsia de vômito.”</p> <p>“Eu fui pedi pra faze exame de sangue, pra vê, né, como que tava o meu colesterol e a glicose eu medi ali no posto, mais eu queria vê o colesterol.”</p>
--	--

Quadro 4 - Qual o motivo da consulta ao posto de saúde?

Para uma visualização mais didática foram agrupados itens de um mesmo tipo, embora não idênticos mas em função de interesses gerais. Assim fica constituído um DSC com motivos ditos mais burocráticos, como marcação de exames, por exemplo, e em outro discursos foram agrupados os motivos que envolveram doenças para consulta, consulta propriamente dita.

DSC¹: “Faze exames...tira receita, pressão, depressivo...mostra exame...pega remédio...leva exame...pedi pra faze exame de sangue”.

DSC²: “Enxaqueca...diabetes...cistite...pré-natal...dor de ouvido...inflamação do colo de útero...labirintite...ruim de um joelho”

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>“Curada bem não to”</p> <p>“Diabetes e colesterol não tem... cura mesmo não”.</p> <p>“Não”.</p> <p>“Entrei na Quadrangular e graças a Deus não sinto mais nada”.</p> <p>“Já me disseram que não”.</p> <p>“Acho que não”.</p> <p>“Acho que sim”.</p> <p>“Curar é não doer”.</p> <p>“Só com remédio”</p> <p>“Não... não posso fica sem remédio”</p> <p>“Tomei...”</p>	<p>“Dizem que não... eu me coloco nas mãos de Deus...dizem os médico que não tem cura...então decerto não tem cura”.</p> <p>“Eu acho que não”.</p> <p>“Curada bem não to, porque agora vim marca outro ultrassom da perna ora mim faze pra vê como é que to, das varizes, né.”</p> <p>“Ah, dizem, não sei, dizem que diabetes e colesterol não têm, vai levando, né. Ela estaciona aí, né, mas dizem que cura mesmo, não”.</p> <p>“Não.”</p> <p>“Eu tinha um problema grave de nervo, me dava, sempre o meu marido me trazia aqui no hospital, mal dos nervos, eu tinha</p>

(continuação)

<p>eu já não sinto tanta dor”. “Acho que teria que toma algum remédio”. Não sei, ele me dá remédio pra vida inteira”.</p>	<p>problema grave de nervo, daí entrei na Quadrangular e graças a Deus não sinto mais nada”. (E3) “Não, já me disseram que não. Fiz um exame e o médico disse que não podia parar de tomar o remédio.” “Eu acho que não... Eu acho que a vida inteira vo te que me cuida e toma remédio.” (E7) “Acho que sim.” (E8) “Curar é não doer, né.” “Assim, quando tu é medicado, quando te dão o remédio que tu ve que faz efeito, que fica boa, acho que é isso, procura assim, que desse um bom tratamento, que tu te sentisse bem.” (E9) vontade de fazer as coisas, vontade às vezes de chorar. Agora eu ando bem. Mas faz tempo que eu tô com antidepressivo.” (E11) “Mas eu acho que não, né, não tem por causa que eu não posso ficar sem remédio, porque se eu ficá sem remédio eu fico bem tonta e dor de cabeça, porque as coisa que provoca a tontura e dor de cabeça, dói na nuca.”(E10) “Pelo que vejo se não tomo remédio, esqueço de tomá, agora, por exemplo, de manhã, eu sai pro serviço e se me esqueço de toma, quando é de tarde eu chego, sabe numa braba e coisa, uma coisa e outra.” “Mas eu acho, porque eu tomei, ela me deu, acho que foi amoxicilina, e eu tomei de manhã já lá, daí agora de tarde eu já não sinto tanta dor, assim, e ela me deu paracetamol.”(E 14) “Acho, eu acho que teria que toma algum remédio, sei lá, eu acho, né...Ai Jesus, eu acho que pra essas coisa que ...isso na verdade é o início de uma doença, né, eu acho que só com quimio, né que dizem, né, que a pessoa faz.”(E15) “Não sei, ele não me diz,, ele me dá só remédio, que a senhora vá tomando. Diz ele.” “É meio difícil, eu acho, né, a pressão alta é meia difícil, né, da gente com...só com remédio mesmo senão a gente não tem como, né. A depressão...tem dias que eu</p>
---	---

(conclusão)

	<p>tô... agora com esses que eu tomo, a Fluoxetina eu tomo, bah me ajudo bastante, tu sabe, bah, porque teve dias, assim, vezes, que eu não aguentava, uma vontade de sumir, uma vontade de não sei o quê, e depois tem sempre os problema, né, uma coisinha daqui, uma coisinha dali e tu pensa que é fácil ficar vinte e quatro horas com uma criatura (a paciente da qual cuida) ficá presa e aí tem coisas que vai te acumulando, vai te acumulando, te acumulando, aquela angústia, aquela vontade de não ter que é pra vida inteira, não sei.” (E 16)</p> <p>“Dizem que não. Eu to consciente que dizem que não, que não tem cura. Eu me coloco nas mãos de Deus, né, Deus é quem sabe, né, mas dizem os médico que não tem cura, que a gente não pode para de toma o remédio, porque ela volta, então decerto não tem cura, né.” (E17)</p> <p>“Eu acho que não porque o A, meu cunhado, ele tinha hérnia de disco, opero, fez tudo que é coisa e volto de novo, anda caminha bem torto, ele disse que tem dias que não pode nem trabalha de dor na coluna”.(E18)</p>
--	---

Quadro 5 - Acredita em cura para sua doença?

DSC: “Curada bem não to, diabetes e colesterol não tem cura mesmo não, já me disseram que não, não posso fica sem remédio, pra vida inteira, Só com remédio, tomei e eu já não sinto tanta dor. Curar é não doer. Entrei na Quadrangular e graças a Deus não sinto mais nada”.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVE
<p>“Começou um sábado de tarde inchá a perna e depois passei o domingo inteiro com a minha perna inchada... daí me tratei”.</p> <p>“Até nem sabia que tinha”.</p> <p>“Eu descobri por acaso”.</p> <p>“Eu não queria consultar, fazendo aqueles chá... ele me levou no doutor”.</p>	<p>“Começou um sábado de tarde inchá a perna e depois passei o domingo inteiro com a minha perna inchada...Eu internei pela banda... do dia e eu fiquei quase nove dias baixada com a doutora, só que pouco resultado deu....fui pra casa. Daí tinha que faze os remédios, nunca é no hospital como faze em casa...fiquei uns três dias, daí me deu umas coisa ruim, uns desmaios, parecia que</p>

(continuação)

<p>“Foi por causa da carne de porco que uma vez eu comi.. um mal-estar”.</p> <p>“Eu sentia um calor... acho que eu fiquei nervosa”.</p> <p>“Primeiro me deu uma depressão... fazendo xixi e tomando água”.</p> <p>“Desde o dia quinze do mês passado”.</p> <p>“Doente, doente, doente, não... sinto umas ferroadinha”.</p> <p>“Nem lembro quanto tempo demorei... parecia que tinha uma pedra aqui dentro”.</p> <p>“Me dava uma espécie de depressão”.</p> <p>“Faz uns oito mês, mais ou menos ... dificuldade pra engoli as coisas”.</p> <p>“Eu adoeci de noite e de manhã... já tava ruim”.</p> <p>“Fui pra faze mesmo o exame”.</p>	<p>ia saí sangue por todos os pelinho da perna....daí a agente de saúde arrumou o carro e daqui vieram me busca e fiquei baixada mais uns quatro dias,daí me tratei, deu uma melhorada boa, né, daí eu mudei porque ele nunca me pediu um exame, daí eu mudei...” (E2)</p> <p>“Eu até nem sabia que tinha, uma vez veio um, esses que tiram o sangue pra vê o que as pessoas tem, e aí eu fui, aí eu vô consulta com e ele e vê o que eu tenho, se eu tenho essa doença que a minha mãe tem, aí eu fui e deu. Tiraram na praça, aí eu agarrei de ir no meu doutor”.(E4)</p> <p>“Quando eu descobri já tava alta, não sabia nada... eu descobri por acauso, porque uma vez eu... tinha um negócio no capejar e eu, tinha Unimed, tava ali, aí eu fui vê o diabetes, né e tava alto e na segunda feira já vim no médico e comecei o tratamento. Não sentia nada, eu fui...eu fui...até eu fui baixa, e baixei aqui com problema de rim e aí, eu fiz um ultrassom e o doutor disse que o rim tava tapado de pedra..me examinaram e me operaram da próstata, tava com problema na próstata e aqui deu como se fosse rim, foi rapidinho.”(E7)</p> <p>“Eu não queria consultar, fazendo aqueles chá, aquelas coisa, né, e daí o meu filho tinha vindo lá de Porto Alegre e aí ele me disse: ‘não, mãe, eu vo lhe leva no doutor’ e ele me levou no doutor...Ardia, coisa mais horrível e fiquei uma semana.”(E10)</p> <p>“... Foi por causa da carne de porco que uma vez eu comi e daí eu comecei a me sentir meio</p>
--	--

(continuação)

ruim, sabe, e eu fui, e a minha pressão tava dezesseis...Não sei, um mal estar, uma coisa ruim, ruim, ruim.”(E11)

“Eu assim, eu sentia um calor, porque assim eu não sinto nada, como há pouquinhos dia eu fui a santa (outra cidade)acho que eu fiquei nervosa em(outra cidade), né, que ela ficou muito alta...Acho que foi dali uns três, quatro dias, eu fui, né.” (E12)

“Assim, oh, primeiro me deu uma depressão, sabe, e assim eu passava a noite inteira, não dormia fazendo xixi e tomando água. Saía do banheiro e tinha que vim na pia ou na geladeira toma água. Saía de lá... Demoro, porque eu tava com depressão e eles me levaram. A minha irmã me levava e me tratava só pra aquilo, sabe, e aí eles não me perguntavam nada, aí, às vezes, depois que eles começaram a nota, sabe, eu não falava, eu não tomava banho nada, daí eles começaram a nota na minha roupa mesmo, que eu tava sempre molhada e coisa, aí eles, é faz seis anos agora...” (E13)

“Desde o dia quinze do mês passado, mas eu já tinha ido antes e não adianto os remédio e agora ele me deu antibiótico e coisa pra dor e febre...” (E 14)

“Doente, doente, doente, não, né, mas eu sinto umas ferroadinha no seio, nos dois...Não tem um tempo assim. O ano passado a mãe foi faze (o preventivo) daí eu achei que eu devi faze também, assim, né daí eu quis faze ali não deu porque não tava agendada, né, daí ela me encaminhada assim, pra agenda, né, foi que daí marcaram pra Santiago... Não, eu nunca apalpei assim, só que

(continuação)

assim eu não sei, de vez em quando eu tinha algumas ferroadinha, daí, antes de eu fazer esses exames, né, e que já estava gerando essa coisa, né, esse nodulozinho... Já vai fazer um ano que eu fiz, que eu descobri que eu tô com essas coisas assim.”

(E15)

“Nem lembro quanto tempo demorei, assim, mas assim eu tinha um peso no peito, sabe, assim, uma coisa, parecia que tinha uma pedra aqui dentro. Aí depois que eu comecei a tomar essa medicação eu não senti mais aquilo, então eu acho que era, sei lá, era uma falta de circulação, uma coisa, né.”(E 15, falando de outra doença)

“Bah, desde (a cidade que morava) Quantos anos faz que eu vim de lá (da outra cidade)? (ela pergunta pra cunhada que fica junto) Treze? (a cunhada responde que nem sabe). Já faz uns dezesseis anos...Eu ficava ruim assim, me dava uma espécie de depressão eu procurava os médicos pra me dar um calmante e nunca quiseram me dar. Me dizem, não, a senhora não precisa tomar calmante pra nervos, essas coisas assim. Chegue em casa e tome uma agulhinha doce. Não é preciso. Depois já foi sim, depois já foi.”(E16)

“Olha, faz uns oito meses, mais ou menos, nem isso...Eu só sentia aquela dor, aquele mal-estar, sentindo aquela dificuldade pra engolir as coisas, pra mim engolir as coisas tinha que ser com líquido, água ou qualquer outra coisa. E às vezes quando eu ia nas festas, pra janta, um almoço, eu sempre sentia aquela dificuldade pra engolir as coisas mas eu tomava uma cervejinha, tal e coisa, né.

(conclusão)

	<p>Não sei como é que foi isso...Ah demorei. Foi a ultra-som que o Dr. disse, Dona N, tem que fazer a Ultra-som.” (E16, outra doença) “... eu adoeci de noite e de manhã quando as gurias chegaram ali aí eu já tava ruim aí já me levaram no médico.” (E17) “Eu fui pra fazer mesmo o exame, essa dor na coluna que desce na perna e vai pro pé eu tenho sempre.” (E18)</p> <p>Demora em buscar ajuda em função do trabalho; sintomas que levaram à consulta, dor e edema; descobriu a doença por acaso, sem sintomas, indo fazer um exame; uso primeiro de outras alternativas, como chás; procura ou troca de médico quando não melhora.</p>
--	---

Quadro 6 - Como começou a doença, quais os primeiros sintomas, quanto tempo demorou para pedir ajuda?

DSC¹: “Até nem sabia que tinha, eu descobri por acaso, eu não queria consultar, fazendo aqueles chá... ele me levou no doutor. Fui pra fazer mesmo o exame. Doente, doente, doente, não... sinto umas ferroadinha”.

DSC²: “Foi por causa da carne de porco que uma vez eu comi.. um mal-estar, eu sentia um calor... acho que eu fiquei nervosa. primeiro me deu uma depressão... fazendo xixi e tomando água”. Me dava uma espécie de depressão”. “Eu adoeci de noite e de manhã... já tava ruim”.

DSC³: “Desde o dia quinze do mês passado. Faz uns oito mês, mais ou menos ... Começou um sábado de tarde inchá a perna e depois passei o domingo inteiro com a minha perna inchada... daí me tratei, tinha dificuldade pra engoli as coisas. Nem lembro quanto tempo demorei... parecia que tinha uma pedra aqui dentro”.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVE
<p>Agente de saúde</p> <p>O benzedor pra benze tipo tristeza</p> <p>Tem algum remédio (chás) pra dor de cabeça, pro estômago.</p>	<p>“Tinha aquela mulher do X, aquela, a I, que era agente de saúde, daí ela arrumou o carro e daí vieram me busca lá no P e fiquei baxada mais uns quatro dia com o Dr.”(E1) “Assim eu procuro o benzedor pra benze, né, é bom, a gente se</p>

(continuação)

<p>Primeiro tomo chá, depois vo médico.</p> <p>Fui direto no posto.</p> <p>O posto direto.</p> <p>Uma senhora media a pressão.</p> <p>Me levaram no médico pra consulta</p> <p>Pra mim assim eu não so muito.</p> <p>Eu procurei a doutora.</p> <p>A gente vai pro médico e ele examina</p> <p>As pessoas primeiro vão no médico do que no chá.</p> <p>Eu vo no médico, vo no posto.</p> <p>Tava ruim aí já me levaram no médico</p> <p>A gente espera fica tal ponto. A gente vai atenta em casa, toma um paracetamol, toma um chá</p>	<p>sente mais leve, sim, não sente tanta dor e coisa. Que nem tudo é pra médico, né. Às vezes, uma dor de cabeça é pra médico, às vez a gente ta com algum outro problema, vai na benzedeira, que a gente não ta se sentindo bem, ah, eu não vo no médico, vo lá pedi pra fulana me benze, tipo tristeza...Tem algum remédio (chás) pra dor de cabeça, pro estômago e passa e, às vez, não passa tem que ir no médico, né. A primeira coisa que eu faço quando to com dor de estômago é um chá, eu uso chá da...casca do limão do mato, que dizem que é muito bom.” (E 4)</p> <p>“As únicas vezes que eu procuro médico foi, porque graças a Deus eu nunca....(E6, faz pré-natal no posto)</p> <p>“Primeiro tomo chá, depois vo ao médico...Mas o chá não adianto e quando eu comecei a toma o remédio do médico foi pra já que eu fiquei boa, ah” (E10)</p> <p>“Eu fui direto no posto daí, fui direto no posto, eu desconfiei, eu achava que tava (com a pressão alta), daí deu mesmo, eu fui no posto, daí me receitaram.”(E11)</p> <p>“O posto direto. A A (filha) também, às vezes se ataca da garganta, a gente vai no posto, né, porque a gente não tem nenhum, coisa assim, né, de outros convênio.” (E11)</p> <p>“Como tinha uma senhora, a A que mora aí, ela media a pressão, então ela disse assim que temo que acompanhá pra vê se ela abaixa ou não, daí todo o dia ela media a pressão, mas tava sempre alta, né, ela disse então que tinha</p>
---	--

(continuação)

que continuá os remédio, né, e tomo até hoje...fui pro médico” (E12)

“Aí eu consultei, né, me levaram no médico pra consulta e aí o até que eu fui no Dr. E ele disse que eu tava com depressão. Aí ele tratou a depressão e eu continuei daquele jeito, sabe, fazendo xixi e tomando água, sabe. Aí depois eu fui no médico de novo e contei, aí eu tava melhor e contei.” (E13)

“Eu acho que levei bem umas duas semanas até ir. A gente vai...Não sei pra mim assim eu não so muito...Eu vo mais é pras crianças. As crianças, se der qualquer febrinha eu to lá, mas pra mim eu nunca fui assim....eu tomei um chá de, como é que chama.... de.... gengibre, que diz que é muito bom pra garganta, né.” (E14)

“Ah, eu procurei a doutora, daí, né, pra pedi pra ela que, quase sempre eu fazia esses exame, né, que ela examina a gente, né, ela dizia que não tinha nada, né, nem ela, porque a gente vai pro médico e ele examina, né, e depois eu fiz lá, daí eles sugeriram que eu fizesse essa ecocardiografia, né”(E 15)

“Eu tomo, eu até tomo essas medicação caseira, né, só que assim, não é sempre... Na maioria das vezes eu acho que é bom, né, só que a gente, né, hoje em dia ta que é mais remédio de médico, né...porque as pessoas primeiro vão no médico do que no chá, né.” (E15, pra outros problemas de doença)

“Ah, eu vo no médico, vo no posto...ah, tomo vários chá,

(continuação)

sendo verde... Agora com esse negócio da minha hérnia, da gastrite, não dá, como a (doutora) disse, não posso toma qualquer remédio. Não dá porque eu sinto que me queima, aquele ardume, aquela ansiedade, to tomando remédio agora, o médico me deu para, eu não tinha tomado aquilo, é pra nervos, pra pessoa durmi, mas mais que eu durmo! Durmo sentada!”(E16)

“...Eu já tava ruim aí já me levaram no médico. Até foi o Dr. P que me receitou os remédio... Mas eu gosto mais, não gosto muito, Deus que me perdoe, a senhora diz que a gente fala abertamente, né, ele é meio assim, de uma maneira meia áspera de fala com a gente... ele é mais bruto, assim de trata com a gente. Qualquer coisa ele recrimina a gente, a gente não fez direito... assim, porque a gente não vai, porque a gente espera fica tal ponto. A gente vai atenta em casa, toma um paracetamol, toma um chá. Eu costume muito toma chá, eu tomo um chazinho, eu sei: pro estômago, toma macela, uma carqueja, né; pra pressão as irmãs da pastoral me disseram né, que toma esses chá. Eu tomo e vejo, se eu to meia tonta, tomo e me sinto bem. Tem também umas assim as, como é que eu vo lhe dize, não sei se é depressão, ou é estado nervoso, tem dias que dá aquele, aquela ansiedade, aquele arrocho no peito, aquela, então eu tomo chá de alecrim, também. Eu tomo chá de alecrim e me passa. Então a gente não corre pro médico. Eu não so muito de ir ao médico. E ele diz pro que que a gente não vai, umas quantas vez, ele me diz por que que eu não vo. Eu fiz

(conclusão)

	<p>eletro, deu bom, umas coisas assim acho que é os nervo, a gente tem uns quantos filho, a gente pensa, né, de certo um dia dá uma mexida com os nervo, né. Então, a gente já pega e já toma um chá, uma água de melissa, uma coisa, e não vai, e ele diz que ta errado, que tem que ir...e ele diz então continua tomando teus chá, ele me respondeu assim. Então pra que que veio aqui, toma teus chá, ele me disse assim, ele não gosto. Aí eu perguntei pra ele assim, mas doutor, ma do que é feito os remédio, não são de ervas? Diz ele, é vocês não tem limite. Vocês são capaz de come um pé de árvore inteira. Fiquei quieta, né.” (E17)</p> <p>“Ah, eu fiquei, fiquei assim agüentando dor sempre, bastante tempo, depois eu consultei...quando me dói a minha cabeça a minha fé é ir ali pra “nega veia” (a benzedora vizinha) pra me benze....E as minha oração, né...Todos os dia antes de dormir eu rezo, eu converso com Jesus, ah passo sozinha, então aonde eu ande, eu só peço.Ah, ontem foi o dia de Nossa Senhora das Dores e eu acendi uma velinha pra ela e pedi pra ela força pra me ajuda a vence essas dor.” (E18)</p>
--	---

Quadro 7 - Quem o senhor procurou primeiro para tratar dessa doença?

DSC 1: “Tinha aquela... agente de saúde ...fui direto ao posto...como tinha uma senhora que media a pressão...me levaram pro médico... já me levaram pro médico. Hoje em dia ta que é mais remédio de médico, né...porque as pessoas primeiro vão no médico do que no chá.”

DSC 2: “Às vez eu procuro o benzedor...que nem tudo é pra médico...primeiro tomo chá, depois vo ao médico...levei bem duas semanas pra ir A gente vai atenta em casa, toma um paracetamol, toma um chá. Então a gente não corre só pro médico...Eu não so muito de ir ao médico. Depois eu consultei...quando me dói a minha cabeça a minha fé é ir ali pra “nega veia” (a benzedora vizinha) pra me benze....E as minha oração.”

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
Já me benzi e acredito.	“Já me benzi e acredito. Uma vez eu fiquei com a boca torta, anoiteci bem e amanheci com a boca torta. Aí a minha nora me levou no Dr V e...é uma coisa facial, aí ele me deu remédio e eu fui me benze, fui em três benzedeira, nenhuma sabia da outra e depois a mina nora me levou no hospital para fazer massagem. A irmã fazia massagem, entorto pra cá. E graças a Deus eu sarei, com os remédio e com as benzedura...acho que é mais forte a benzedura”. (E10)
Eu compro uma aspirina, eu tomo um remedinho, um chazinho	“Eu compro uma aspirina, eu tomo um remedinho, um chazinho, né, faço de laranjeira” (E12).
Eu não acredito	“Benzedura eu não sei, eu sou muito descrente disso aí, eu não acredito muito nisso aí...tem gente que diz que é bom benzedura...so meio descrente. Chá eu tomo mas não pra essas coisa...o sene pra emagrece. Tem gente que usa ...chás caseiros. Eu não tomo nada disso, eu só tomo o meu remédio e a minha pressão ta boa agora...e eu mesma me automedico...invento, porque se me dizem assim, como essa fluoxetina...me disseram que era bom e eu comecei a toma, me senti bem...(a receita) peço pro médico...simplesmente ele faz a receita. Eu anoto no papelzinho os remédio, tudo o que eu quero e daí ele só vai escrevendo.”(E11)
O chá sim, dependendo...uma gripe.	“O chá, sim, dependendo, assim, uma gripe, uma coisa assim, tu faz um chazinho ali, um remedinho pra garganta...mas eu não so de chá pra tudo. Tem gente que acha que vai toma chá e vai cura câncer, vai cura isso, aquilo. Quando eles eram pequeno eu benzia eles pra
Hoje em dia ta que é mais remédio de médico. ..geralmente é criança que (se) benze.	
Tenho mais fé em benzimento que em remédio às vezes.	

(continuação)

sapinho, e nesta aqui funcionou (pra filha), pro Bruno (o filho deficiente), não..eu acredito que exista essas coisa (espírita) mas nunca cheguei á conclusão que fosse bom leva pra esse lado...pra asma eu tentei dessas simpatia que faz com...patinha de tatu, com não sei mais o quê, bota no pescocinho, num tira e bota...Não(funcionou)...pra cabeça não tem o que tenta, é o acompanhamento médico.” (E14)

“Eu até tomo essas medicação caseira, né, só que assim, não é sempre...na maioria das vez eu acho que é bom...só que hoje em dia ta que é mais remédio de médico, né...porque as pessoa primeiro vão no médico do que no chá...a mãe benzia só que agora ...ela parou...(benzia) mau-olhado, quebranto, essas coisa, né...até que acredito...porque às vezes tava as criança chorando, levava benze, se acalmavam, né, as brasa iam pro fundo..é que era benzido com brasa. Pegava as brasa e fazia aquele benzido assim em cima do copo e largava as brasa e a brasa ia pro fundo...é que tinha alguma coisa. Se elas ficavam por cima não sei qual era o significado, mas quando as brasa iam pro fundo é porque a criança tinha alguma coisa, né, era um dos motivo da criança ta chorando...ela ensinava chá, que antigamente era mais...medicação de erva, né...dizia que era mau-olhado, né, quebrante, né, essas coisa assim que criança tem, né, que das vez não dorme, né, ta dormindo e se assusta...tinha se acalma quando benzia. Era benzido no nome da criança...ou senão com raminho: ela moiava o raminho e passava assim nas criança benzendo...agora não (benze mais). Ela aprendeu com as

(conclusão)

	<p>minha avó...aquelas que sabem deixam aquele ensinamento para uma outra pessoa, né...prá ninguém,(ela deixou). Que eu me lembre não...acho que só quando eu era criança...geralmente é criança que benze”. (E15)</p> <p>“Ah, eu tenho muita fé em benzimento. Tenho mais fé em benzimento que em remédio às vezes. Aí a A ta aí (a vizinha). Essa tem uma mão abençoada. Mas ela benze de coração, de coração, mesmo”. (E16)</p>
--	--

Quadro 8 - Além da procura à consulta costuma utilizar outros meios alternativos como chás, ou bênçãos?

DSC: “Já me benzi e acredito.Tenho mais fé em benzimento que em remédio às vezes.O chá sim, dependendo...uma gripe.Eu compro uma aspirina, eu tomo um remedinho, um chazinho”.

DSC2: “Eu não acredito, hoje em dia ta que é mais remédio de médico... geralmente é criança que (se) benze.”

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Pedi exames Preventivo Só no posto Na clínica também Sempre no posto, não tenho convênio nenhum</p>	<p>Encaminhamento, não gastei nada, não paguei nada, paguei quando veio o resultado, que eu levei pro médico.</p> <p>.Quando é pelo convenio eu vo com o Dr. A “Pedi exames”(E1) “Ou no sindicato. A última vez foi no sindicato”.(E3) “daqui do posto eu só venho é do preventivo, das vez em quando, das vez a gente vai no sindicato, no sindicato é bem melhor atendido.”(E9) “Só no posto.” (E10) “Não, na clínica também, do A, eu não tenho convênio mas ele me atende, pode ir a qualquer hora que ele me atende, não cobra</p>

(conclusão)

	<p>nada...Fui no mês passado, pego receita e tiro no posto quando tem aí se não tem que compra.”(E13)</p> <p>“Sempre no posto, porque nós não temo, eu principalmente não tenho, né, convênio nenhum.”(E15)</p> <p>“Olha, eu sempre fiz todas no posto, né, até encaminhamento de Rx de sinusite, de pulmão, de joelho, eu fiz aqui no sindicato tudo, mas o encaminhamento. Pra mim vim fazer o ultrassom fiz pelo posto, de endoscopia fiz pelo posto, não gastei nada, não paguei nada. Agora paguei quando veio, não é, o resultado, que eu levei pro médico. Aí eu tive que consultá lá, porque foi com ele, ele não trabalha no posto, né, tem que se com médico do posto, né. Mas tá uma maravilha pra mim, tá muito bom, tenho conseguido tanta coisa ali, sem pagar nada.”(E16)</p> <p>“Sempre no posto, a gente não tem outro convênio, não tenho, né”.(E17)</p> <p>“Não, eu consulto com o Dr. A. Quando é pelo convênio eu vou com o Dr. A.” (E18)</p>
--	--

Quadro 9 - O senhor costuma fazer todas as suas consultas no Posto ou não? Em que situações procura o posto de saúde e por que?

DSC: “Só no posto sempre no posto, não tenho convênio nenhum. Pedi exames, preventivo. Na clínica também.”

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Bem, sempre fui bem atendida. Bem atendida, não tenho do que reclamar. Falta todos os remédios. Sem queixas O atendimento é muito bom, dos médicos a gente não pode falar nada porque</p>	<p>“Bem, toda vez que vim aqui sempre fui bem atendida, não tenho do que reclamar.” (E1)</p> <p>“Bom... quando eu precisei fui bem atendida...o ônibus chega aqui quarta às nove horas, daí tu tem que vir a mil pra conseguir, às vezes, se a última ficha pra fazer. Mas tá bom assim” (E2)</p>

(continuação)

<p>eles são muito atenciosos. Não tenho queixa de nenhum doutor, pra mim todos me atenderam bem. (os remédio) consigo tudo aqui.</p> <p>Eu sempre fui bem atendida mas a gente vê a reclamação das pessoas, que tudo é muito rápido, que às vezes tu ta bem doente, tu precisa, tu tem que aguarda.</p> <p>Já tive um mau atendimento dum médico. Só tem uma que não vai,a dra. N, não atende bem, só que os exame é com ela, mamografia e preventivo, ela é bruta . Já fui atendida mal... Tem uns médico que até que é bom outros que não. É muito rápido e a gente tem que ir rápido porque já vai dando a mão e sai fora.</p>	<p>“Antes tinha os remédio dele (do marido) aqui e falta todos os remédios. A gente vem aqui consulta e a gente sai daqui só com a receita e se não pode compra, eles não assinam mais, os remédio não tem, tem algum, mas o que o meu marido toma contínuo, aqueles ele não pode falta, porque ele tem doenças grave, esses não tem, esses tem que compra...O atendimento é muito bom, dos médicos a gente não pode falar nada porque eles são muito atenciosos, qualquer um deles... mas no geral Jaguari ta bom, né. ” (E3)</p> <p>“Não tenho queixa de nenhum doutor, pra mim todos me atenderam bem..(os remédio) consigo tudo aqui.”(E4)</p> <p>“Ah, no geral, eu sempre fui bem atendida, né, mas a gente vê a reclamação das pessoas, né, que tudo é muito rápido, que às vezes tu ta bem doente, tu precisa, tu tem que aguarda, né, mas esse tipo de coisa graças a Deus, eu já vim sabendo que tinha que esperar hoje, primeiro me informei de tudo, né.”(E6)</p> <p>“Eu já tive um mau atendimento dum médico, né, eu achei que foi mau. Eu achei que ele ia consulta e ele não me atendeu, ele disse que “eu to cheio de coisa e coisa e tal, bem louco, e vem cá eu vo te dá, tu não tem nada, tu não tem nada, tu vai embora, tu, te dá uma receita, eu não sei o que lá, e daí e ele não deixa eu nem conversá, nem fala não deu, não deu explicação, eu achei que fui mau atendido, né, eu acho que não deve se assim, né. Saí chateado e ele nem deixa fala com ele, nem...eu queria marca até uma cirurgia, ele nem quis, ele não me deu bola...então eu deixei, né. As minha consulta sempre foi boa, a única que foi mau...eles sempre me deram receita de remédio, tudo, eu não posso dize nada.”(E7)</p> <p>“ Ah, aqui só tem uma que não vai,a dra. N, não atende bem, só que os exame é com ela, mamografia e preventivo. Assim, ela é bruta, né, esse dia eu trouxe a guria e era carnaval e eu</p>
---	---

(conclusão)

	<p>não tinha como consulta e daí ela, porque tu foi da remédio por conta, e aí ela nem examinou a guria, é assim, ficou braba, porque eu dei remédio por conta, antibiótico por conta e era carnaval, né, e pra consulta tinha que paga, né, esperei e dei o remédio e ela ficou braba. “(E8)</p> <p>“Eu acho que é muito bom, ela conversa, como eu fui bem atendida pela N, né, muito, conversa, explica, eu achei...gosto muito dela....Já tem uma que eu não achei muito, muito rápido assim, já vai como que tocando a gente de dentro da sala, já fui atendida mal...Tem uns médico que até que é bom, outros que não. É muito rápido e a gente tem que ir rápido porque já vai dando a mão e sai fora, que diz, nem a mão vão dando aqui, né, que perto dos consultório que a gente vai particular é bem diferente, bah, nem...vem chegando e vai saindo. “ (E9)</p>
--	---

Quadro 10 - Como vê o atendimento médico nessa unidade de saúde?

DSC1: Sempre fui bem atendida, não tenho do que reclamar...sem queixas...O atendimento é muito bom, dos médicos a gente não pode falar nada porque eles são muito atenciosos. Não tenho queixa de nenhum doutor, pra mim todos me atenderam bem. ..(os remédio) consigo tudo aqui.

DSC 2: Eu sempre fui bem atendida mas a gente vê a reclamação das pessoas, que tudo é muito rápido, que às vezes tu ta bem doente, tu precisa, tu tem que aguarda. Já tive um mau atendimento dum médico. Só tem uma que não vai,a dra. N, não atende bem, só que os exame é com ela, mamografia e preventivo, ela é bruta .Já fui atendida mal...Tem uns médico que até que é bom, outros que não. É muito rápido e a gente tem que ir rápido porque já vai dando a mão e sai fora.Falta todos os remédios.

(continua)

IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVE
<p>“dá atenção na chegada”</p> <p>“tenta ver o que a gente tem”.</p> <p>“Toca na</p>	<p>“Aquele que, a princípio dá atenção pra gente na chegada, por causa que tem uns que tu só, já dão a mão pra, na chegada e na saída também, numa correria, coisa assim, um pouco de atenção”(E6)</p> <p>“Que tenta ver o que a gente tem, assim”</p> <p>“Geralmente é melhor quando toca na gente porque como é que a gente vai ta explicando, explica pra eles, o que que a gente tem, aonde dói, onde não dói. Eles examinam. É bom</p>

(continuação)

<p>gente...examinam.... faz bastante pergunta”.</p> <p>“Faz bastante perguntas e explica o que a gente tem de verdade”.</p> <p>“bom, inteligente, saiba o que ta fazendo”</p> <p>“pessoa boa”</p> <p>“tem que entende”</p> <p>“pedi bastante exame”</p> <p>“saiba tratar completo o paciente”.</p> <p>“atende bem...ouvi, conversa, examina, toca, apalpa”.</p> <p>“examina”</p> <p>“tem que dá atenção”.</p> <p>“conversa...explica o que tem.”</p> <p>“Que atende direitinho”</p> <p>“tem paciência...trata a gente de igual para igual”.</p> <p>“saiba explicar aquilo que ta falando, numa linguagem que a</p>	<p>aquele que faz bastante pergunta e a gente (E4)</p> <p>“Bom médico é que faz perguntas e explica o que a gente tem de verdade , não fica falando as coisa sendo que não é, que tem uns médicos que falam, a gente vai noutros e eles explicam realmente o que tem, não falam outras coisas... é que examina direito, que fala realmente, porque tem algumas que falam, examinam e não é a coisa que tem pra gente” (E5)</p> <p>“Sê bom, inteligente, tem que sê uma pessoa que saiba o que ta fazendo.”</p> <p>“tem que entende e tem que se uma pessoa boa”</p> <p>“pedi bastante exame”</p> <p>“tem que ser uma pessoa que saiba tratar completo com o paciente. Acho que tem que dá uma atenção também pra atende a pessoa(...)conhece mais, né, o caso, dá o remédio certo, né, tem que sabe o que a pessoa tem pra dar o remédio”</p> <p>“Atende bem...não se bruta, oh, ouvi, conversa, examina, toca, apalpa”</p> <p>“que examina, né, porque eu já trouxe minha filha aqui e contei o problema dela e ele nem tocou nela, nem examinou, nada, né, então já pra mim tinha que olha, tinha que toca, né, vê,e assim, oh, de longe, já disse, já escreveu ali, deu um remedinho e já...Atender bem as pessoas, né, não trata mal, receita aquilo que é, né, porque eles fazem um juramento, né, então, eles não podem faze nada de errado”(E11)</p> <p>“tem que dá atenção”</p> <p>“Chega, conversa com as pessoas, explica o que tem, o que ela não tem, né, porque tem uns, né, como a gente sabe, né, que mal conversam com o paciente, né, entendeu? Então eles tem que explica, direitinho, conversá.”</p> <p>“Que atende direitinho”</p> <p>“Eu gosto desse por causa que ele me examina, ele conversa, ele conta coisa assim pra gente, assim, oh, que é pra ira na igreja, que tem que reza, que tem que ir onde tem gente, que não pode fica em casa, e assim ele é bom”</p> <p>“Ela tem paciência....trata a gente de igual para igual”</p> <p>“Que atenda a gente com paciência, que saiba explicar aquilo que ele ta falando, numa linguagem que a gente entenda”.</p> <p>“O que ele tem que faze é trata bem dos paciente, né...em termos de examina, né, pedi os exame se tive que pedi...dá mais atenção, até mesmo ouvir as pessoas assim, no caso, muitas vez da depressão a pessoa sai de casa vai lá, chega</p>
--	--

(conclusão)

<p>gente entenda”.</p> <p>“Trata bem dos paciente...examina.. .dá mais atenção...ouvir”</p> <p>“Conversa...explica. ..pergunta onde dói...examina”</p> <p>“acerta...o remédio certo...trata bem...orienta o paciente”</p>	<p>lá, muitas das vez, né, assim no caso pedindo que o médico dê, né, mais um pouco de , que ouça um pouquinho mais a paciente, né”</p> <p>“é aquele que dá, que conversa, que explica, que dá direitinho, como é, que não é, que pergunta onde dói, examina a gente”.</p> <p>“Um médico bom é aquele que acerta porque eles também tem o direito de erra, né, mas eu acho assim, que o médico tem, né, os medico bom, que dão o remédio certo que trata bem, principalmente o paciente, né, que tem, que ele orienta o paciente, pra, tanto na dieta como na medicação, tudo, eu acho que é assim o médico bom”</p>
---	--

Quadro 11 - O que o senhor considera como um bom médico?

DSC: “O bom médico é aquele que dá atenção, tenta ver o que a gente tem, é bom, inteligente, sabe o que faz, entende, pede exames, sabe tratar por completo o paciente, conhece mais, ouve, conversa, examina, toca, apalpa, receita certo, não pode fazer nada de errado, explica o que as pessoas tem e o que não tem, é paciencioso, tem uma linguagem acessível e acerta com a medicação prescrita”.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Eu acho que não soube vê direito</p> <p>Ruim, não, todos são bons... erra, qualquer pessoa erra.</p> <p>tem gente que é mal atendido... por causa de remédio mesmo, que não se contentam com aquele que o médico dá.</p> <p>Eles nem conversavam, não perguntavam, só</p>	<p>“È que a médica disse pra ela que tava esperando um gurizinho e veio uma guriuzinha. E ela foi no outro médico e disse que era uma guriuzinha. Eu acho que não soube vê direito”.(E5)</p> <p>“Ruim, não, né, todos são bons... erra, qualquer pessoa erra, entendeu? Tu pode, eles podem receita um remédio não faze bem, mas aí não é problema deles, eles podem depois, eles vão tentando”(E11)</p> <p>“É que tem muita gente, né, que diz que eles são mal atendido, não é, tem gente que é mal atendido... por causa de remédio mesmo...que não se contentam com aquele que o médico dá, né, acham que aquele remédio é pouco”.(E13)</p> <p>“Nem sei de ruim...só por causa que consultaram com os outros que eu fui, só porque eu não gostava deles assim...porque eles nem conversavam, não perguntavam, só botavam aqueles coiso assim e</p>

(continuação)

<p>botavam aqueles coiso assim e escutava.</p>	<p>escutava. Só diziam que era pra deixa de fuma e não sei o que....que atende ligeiro e deu, só escreve e deu”. (E13)</p>
<p>Aquele que nem espera a gente fala já ta dando receita, o que não examina direito e aquele que traz problema de fora pra dentro do consultório.</p>	<p>“Aquele que nem espera a gente fala já ta dando receita, o que não examina direito e aquele que traz problema de fora pra dentro do consultório.... porque tem uns médicoque nem eu com o guri, eu quando ele ataca eu fico desesperada....uma vez eu até briguei com o V por causa disso....que ele também tinha problema em casa, tinha perdido um filho....daí eu falei até pra ele mesmo, que ele não devia traze os problema dele de casa pra dentro do consultório, daí eu fui bem grossa com ele, eu não perguntei se o senhor tinha perdido um filho, eu to aqui pra senhor cuidá do meu, porque é o seu serviço aqui...ele ficou quieto...eu acho assim...vocês são médico....tem problema sim, só que eu acho que não pode...dize que ele já tinha perdido um também, isso ia me desespera muito mais...depois daquilo eu já gosto de consulta com ele pro guri...acho que ele entendeu o que eu disse, eu acho que ele tinha que te ouvido aquilo”.(E14)</p>
<p>Médico ruim aqui em Jaguari!... até que a gente não vê queixa nenhuma de médico...seria aquele médico ...que não trata bem o paciente.</p>	<p>“Médico ruim aqui em Jaguari!... até que a gente não vê queixa nenhuma de médico...seria aquele médico ...que não trata bem o paciente...que não atende bem o paciente... no caso da pessoa entrá no consultório e muitas vez não se nem examinada...tu chega ali...eles só prescreverem a receita...e a pessoa sai dali com a receita na mão”(E15)</p>
<p>Não pergunta nada o que a gente sente</p>	<p>“Mas, olha, só se ele é estúpido pra mim que eu chego ele dá aquela receita, só atira ali, não pergunta nada o que a gente sente” (E16)</p>
<p>Acho que não tem médico ruim.</p>	<p>“Pra mim eu acho que não tem médico ruim, porque tem alguns que são...como o Dr. V, que é de lua...mas pra mim ele sempre me trato bem, eu não acho defeito assim nos médico...das veiz sei lá se tão com pressa ou já tão cansado eles nem falam nada. O Dr. V lá no posto uma vez ele fez pra mim. ...eu tava com tontura, com labirintite. Aí cheguei lá no posto...pra ele...doutor ...eu ando com tontura...tava lá em Porto Alegre e me deu uma crise de labirintite e o médico de lá me deu pra toma o Labirin. E ele me disse, mas Labirin não é pra</p>

(conclusão)

	labirintite, vai toma o....aí ele já pego e já preencheu ali, e eu to com pressa porque atendi não sei quantas barriguda hoje, essas barriguda não me deixam descansa....mas eu não so barriguda doutor, eu sou barriguda de gorda. Daí ele deu risada. Aí ele me deu a receita”.(E18)
--	--

Quadro 12 - O que o senhor consideraria como um médico ruim?

DSC: Eu acho que não soube vê direito. Ruim, não, todos são bons... erra, qualquer pessoa erra. Tem gente que é mal atendido... por causa de remédio mesmo, que não se contentam com aquele que o médico dá.

Eles nem conversavam, não perguntavam, só botavam aqueles coiso assim e escutava. Aquele que nem espera a gente fala já ta dando receita, o que não examina direito e aquele que traz problema de fora pra dentro do consultório. Médico ruim aqui em Jaguaril... até que a gente não vê queixa nenhuma de médico...seria aquele médico ...que não trata bem o paciente, não pergunta nada o que a gente sente.Acho que não tem médico ruim.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVE
Sempre médico homem, porque é muito experiente, muito bom, médico humanitário. Qualquer um, o que vai primeiro. Com a doutora. Mais afinidade, senti confiança no médico. A médica que atende mais as mulher. Não tem um médico certo. Eu não dõ preferência, carente, a gente precisa das pessoa, mas se sente melhor com um. Sempre ele, tinha mais aparelho e tava mais acostumado, tinha mais experiência.	Sempre médico homem, é...o dr. V...porque o dr. V. é um médico muito experiente, muito bom, muito...Todo mundo fala bem do Dr. V, né, é um médico humanitário, se a pessoa tem dinheiro pra paga, paga, se não, vai faze um ultrassom ele faz pela metade. Ele é muito bom, é.” (E10) “Às vezes é quase receita...então vo no Dr. V, vo na N, vo na N, porque é receita, né...Não, qualquer um que ...se eu chega lá e não tive ficha mais pra Dra. N. no caso, tem outro, aí eu e pego pra aquele outro...o que vai primeiro ”(E11) “Óia, o meu médico de primeira ... das criança, porque primeiro ele atendia as criança, então era só ele que me atendia e daí despois que chego essa doutora eu comecei com ela.” (E12) “Não fui eu, foi a minha irmã. Ela me levou na N, me levo nos outros, sabe no H, aí não adianto, ele me levo. Aí teve uma médica, a H, depois ela fico doente e não trato mais, ela era muito boa, aí ela não me trato mais, aí a minha irmã me levo no A e falo com ele, explico e aí como tem um tio, um tio meu que trabalha, através dele, sabe, o sindicato, há muitos anos, aí ele falo com o A, aí pra ele me atende, aí ele me atende a qualquer hora... tanto eu como as criança se precisa.”(E13) “Geralmente é por aquele que eu tenho mais

(conclusão)

	<p>afinidade...eu tenho que senti confiança no médico pra fala o que eu sinto.” (E14)</p> <p>“Ah, não sei, das vez a gente não acha pra um, pega pra outro, né, conforme...nesse caso eu achei que devia ir na N, né, que é a médica que atende mais as mulher, né...depende do dia, se vai de manhã ou vai de tarde, também, né.”(E15)</p> <p>“Não, geralmente só quando eu tenho que trocá de remédio, aí que eu vō consulta com o Dr. P. e se não é com a N, com o V, não tem um médico certo...pra escolhe é difícil não se a N...faz muitos anos que eu me trato com ela...eu já gosto dela.” (E 16)</p> <p>“Não, olha, eu não dô preferência, porque a gente não tem, a gente é carente, a gente precisa das pessoa, não desfaço de nenhum médico, né, mas agora a gente se sente melhor com um, às vezes com um...eu escolho o horário não o médico. Porque favorece porque todos dão um bom atendimento pra gente, né.”(E17)</p> <p>“Sempre ele...o Dr. A... bom eu não posso me queixa de nenhum....a Dra. N no posto, quando eu não tinha convênio...e o A, sei lá, porque eu achava que ele tinha mais aparelho e tava mais acostumado a lida com...ele tinha mais experiência das minha doença, então eu ia nele, mas eu não tenho, qualquer um que eu vá eu me sinto bem, bem eu sempre fui bem tratada.” (E18)</p>
--	--

Quadro 13 - Como o senhor escolhe seu médico?

DSC: “Eu não dô preferência, porque a gente não tem, a gente é carente, a gente precisa das pessoa, não desfaço de nenhum médico, né, mas agora a gente se sente melhor com um, às vezes com um...eu escolho o horário não o médico. Geralmente é por aquele que eu tenho mais afinidade...eu tenho que senti confiança no médico pra fala o que eu sinto.. porque é um médico muito experiente, muito bom”.

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Não acho que atendam diferente.</p> <p>Tem diferença, mais bem atendida, melhor por uma médica, porque ela conversa. Sempre médico homem.</p> <p>Não pra mim não tem.</p> <p>Ele é muito bom.</p> <p>Tanto faz, eu sentindo confiança.</p> <p>A gente se sente mais à vontade.</p> <p>Pra mim mulher, chega a ter mais liberdade.</p> <p>Pra exame ginecológico a gente prefere mulher.</p> <p>De preferência sempre mais é mulher, mais á vontade.</p>	<p>“Não acho que atendam diferente...tanto é que não tenho vergonha que optei pelo V, né.” (E6)</p> <p>“Tem diferença. Assim, que tu é bem mais atendida, melhor por uma médica, eu acho que na minha opinião que é bem mais atendida...porque ela conversa, ela tem mais assim, e o doutor homem, já, nem todos né, mas aqui, no posto é...melhor atendida pela mulher.”(E9)</p> <p>“Sempre médico homem, né.”(E10)</p> <p>“Eu tava com vergonha até da N....Acho que teria sido mais ruim se tivesse sido com o dr. V, né, sei lá, a gente fica, né mas não tem nada a ve, pra eles vê cara e vê...Os médico são bem querido, tanto um quanto outro.”(E11)</p> <p>“Não pra mim não tem.”(E12)</p> <p>“Ah, eu não, ele é muito bom, acho que eu prefiro ficar assim com ele.”(E13)</p> <p>“Tanto faz, eu sentindo confiança nele eu acho que eu não tenho muita assim, de homem, mulher.”(E14)</p> <p>“Ah eu já fiz exame com ou...com o V, que eu antigamente eu fazia, só que daí apareceu a Dra. N e daí, né a gente foi deixando o V de lado e daí procurando mais a N...porque a gente se sente mais à vontade, né, a gente mulher, se sente mais á vontade, principalmente de faze aqueles exame, né, que a gente tem que faze, né...antigamente era só ele que tinha, né.”(E15)</p> <p>“Ah, pra mim, mulher...todos eles é a mesma coisa, né, mas pra gente chega ter mais liberdade, qualquer consulta...”(E 16)</p> <p>“É no caso pra exame ginecológico, a gente prefere mulher. Mas o dr. V pra mim é um santo, eu sempre digo, pra parto...minhas filha já ganharam os nenê nas mão dele, inclusive eu também, meu último filho ganhei com ele...ele é um excelente ginecologista também...é mas prefiro, se tiver que escolher, eu prefiro mulher.”(E17)</p> <p>“Ah, de preferência sempre mais é mulher, né, eu não sei, já fiz cirurgia, já tive ferida e queimei com o Dr. V tudo, mas eu se eu fosse faze de novo eu procuraria uma médica, porque eu acho que eu teria mais, me sentiria mais à vontade.”(E18)</p>

Quadro 14 – O senhor prefere ser atendido por médico homem ou mulher? Por quê?

DSC1: “Não acho que atendam diferente, não pra mim não tem, tanto faz, eu sentindo confiança.”

DSC 2: “Tem diferença, bem mais atendida, melhor por uma médica porque a gente se sente mais à vontade, no caso pra exame ginecológico, a gente prefere mulher, de preferência sempre mais é mulher. Sempre médico homem, ele é muito bom, acho que eu prefiro ficar assim com ele.”

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Pra pegar receitas. Só quando eu preciso, de faze algum exame, receita.</p> <p>Trato pressão alta.</p> <p>Quando me sinto ruim.</p> <p>Pra cabeça.</p> <p>É difícil, porque acho que não vale a pena.</p>	<p>“Geralmente pra pega receita”.(E11)</p> <p>“Só quando eu preciso assim, né, que eu não gosto de anda assim sempre no médico...Quando eu preciso de faze algum exame...Os remédio da pressão é tudo ela que me dá a receita.”(E12)</p> <p>“Faz tempo que eu me trato...pressão alta.”(E15)</p> <p>“Quando me sinto ruim.”(E16)</p> <p>“Como pra cabeça, pra labirintite eu não adianto toma chá tem que procura o médico porque já sabe que chá não adianta, tem que toma um remédio com prescrição médica. Pros outros problema, assim, como esses mal-estar, essas tristeza, eu digo, essas machucadura da alma, eu mesma me curo, com a graça de Deus, eu tomo meus chazinho e passa....aquele arrocho, aquela coisa ruim, aquela vontade de chorar, aquele mal-estar. É nervos, né, então eu tomo um chazinho e passa, graças a Deus”. (E17)</p> <p>“Ah, pra mim procura é difícil, eu ando caindo os pedaço e não acho jeito de ir ali. Porque eu tenho a impressão que essa dor aí, não tem, não tem, tem uns anos que faz que eu tomo remédio....não adianta mesmo, eu digo acho que não vale a pena.”(E18)</p>

Quadro 15 - Em que situações ou quando o senhor procura o médico? Por quê?

DSC: “Só quando eu preciso, de faze algum exame, receita...Trato pressão alta...Quando me sinto ruim...Pra cabeça....É difícil, porque acho que não vale a pena”.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Dura uns quinze minutos, não acho rápida demais.</p> <p>Demora pra chega, Tempo suficiente, dão atenção pra gente.</p> <p>O tempo dá.</p> <p>Um as pessoas</p>	<p>“Dura uns quinze minutos, às vezes nem isso...não acho rápida demais”(E1)</p> <p>“Eu acho que demoram, porque às vezes eu chego três e meia e daí ele demora pra chega. Aí como é só pra ver o remédio, ele acha que ta bom assim e ta bom, dou de volta pra casa”.(E2)</p> <p>“Eles dão atenção pra gente, tem tempo suficiente pra gente explicar o que sente”. (E3)</p> <p>“Eu acho que o tempo que eles ficam aí dá pra gente dize as coisa, só que eu me esqueço, chega na</p>

(conclusão)

<p>demoram mais que outras. Não dá dez minutos. Menos de quinze minutos. Receita é menos, uns dez minutos. Conforme a doença. Uns dez a quinze minutos.</p>	<p>hora...”(E4) “É tem umas pessoas que demoram mais que outras nas consultas.” (E5) “Lá em Santa Maria é uma meia hora, aqui não dá dez minuto.”(E8) “Menos de quinze minutos”.(E10) “receita é menos, uns dez minutinhos, aí, só receita...porque ela faz, ela só escreve, como aquele dia que eu disse pra ela, é só receita doutora, então é fácil, ela disse, é só escrevi ali e pronto...agora aquele dia que eu fui faze o preventivo, claro...demorou um pouquinho mais...tive que botá a roupa, tira a roupa...”(E11) “Mas isso eu acho conforme....a doença, se é meio pouco. Hoje mesmo foi rapidinho porque os exame que eu tinha e uma receita só que eu queria. É mais demorado quando tem mais coisa, né.”(E12) “Ah....no consultório (particular)...ele demora, ele examina bem, ele conversa, explica, fala bastante do meu cigarro.” (E13) “Depende o que ela for faze, demora bastante, senão examina a gente, dá a receita e pronto”.(E14) “Ah, eu não me lembro quanto tempo dura....Das vez é rápido, das vez é mais demorado...tem uns que demora mais pra atende, que examina, nem, outros já, que a gente vai consulta, uns não pedem nem exame...só tu entra ali, eles te dão a receita...outros não”.(E15) “Ah, às vez é rápida, às vez não. Hoje mesmo eu só levei exame pra ela vê”.(E16) “A de ontem, nem, eu entrei e ele só me deu a receita. Eu falei, eu levei a receita pra ele, né, mas ele foi atencioso comigo, pego a receita velha, eu disse que era os remédio contínuo que eu tava sem e o Dr. Tinha me dado prazo pra três meses...ele me deu a receita pra dois mês, pra mim pode pega o remédio mais barato, né”. (E17) “Ah, acho que uns quinze minutos, eu acho que entre as pergunta e a receita que é um monte de....eu acho que dá de uns dez a quinze minutos”. (E18)</p>
--	---

Quadro 16 - Quando o senhor faz uma consulta, qual a duração aproximada dessa consulta?

DSC :“Eles dão atenção pra gente, tem tempo suficiente, não acho rápida demais, o tempo que eles ficam aí dá, tem umas pessoas que demoram mais que outras nas consultas, Lá em Santa Maria é uma meia hora, aqui não dá dez minuto, receita é menos, conforme....a doença,no consultório (particular)...ele demora, eu não me lembro quanto tempo dura....Das vez é rápido, das vez é mais demorado...tem uns que demora mais pra atende ele só me deu a receita, mas ele foi atencioso comigo, eu acho que dá de uns dez a quinze minutos”.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Demora pra chega. Por ordem de chegada. Depende da ficha que tu pega. Demora mais ficar esperando o médico chegar Depende do horário do médico Nos consultórios particulares não há muita espera Conforme o horário do médico</p>	<p>“Eu acho que demoram, porque às vezes eu chego três e meia e daí ele demora pra chegá”. (médico particular) (E2) “Não, é rápido. Por ordem de chegada”. (E10) “Depende, lá, as vez tu pega a primeira ficha, tu é a primeira, né, depende da ficha que tu pega... tem que ir cedo. Se tu pega, como aquele dia que ela atendia à uma e meia, eu saí daqui era onze e meia e já peguei a ficha dez e onze.”(E11) “...pra gente daqui é longe né, a gente tem que sair seis, seis e pouco da manhã, daí pra poder pegar uma ficha, né...hoje eu fui já tava aberto, era sete e dez, acho, e eu peguei a cinco. Hoje foi mais tranqüilo, eu mais ou menos seios dia que...segunda e sexta não dá pra ir, só se for uma emergência mesmo, senão tem que sai de casa às seis, cinco hora, pra poder pegar ficha e pra dentista também.”(E14) “Ah, a gente espera, n é, conforme o horário do médico, né...eu peguei ficha era sete e meia, fiquei esperando até as dez, aquela hora, dez e meia fui atendida, quase”. (E15) “Ah, eu vô cedo, pego ficha. Hoje eu fui na era sete hora, não sete e cinco, já peguei a ficha treze. Tem pouco médico agora atendendo. Fui atendida umas nove horas porque o horário dela era às oito horas, né”. (E16) “Eu não consegui ficha (ontem), eu bati na porta e entrei, praticamente por conta, né (risos) Ninguém me tiro e ele me atendeu. Os médico tem compreensão com a gente e os outros paciente que tva ali tiveram que engoli, porque tinham pegado ficha pra mais, né, eu também me achei no direito porque eu precisava, senão de noite eu já não ia te remédio pra toma”. (E17) “Não, chego a hora ele já me chama”(na clínica particular)(E18)</p>

Quadro 17 - Quanto tempo o senhor demora para ser atendido? Quanto tempo fica esperando?

DSC: “Demora pra chegar... por ordem de chegada, depende da ficha que tu pega. Demora mais ficar esperando o médico chegar, depende do horário do médico”.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
Muito pouco. Não O que é que foi, onde é que dói. Só escuta. Pergunta. Às vez sim Faz bastante Faz e examina bem	“Muito pouco”.(E8) “Não”.(E10) “Ah, ele pergunta o que é que foi, onde é que dói, o que que é, o que foi, essas coisa assim “ (E11) “Não, ele só escuto o que eu vo dizendo, tudo o que eu sinto”. (E12) “Pergunta, ele pergunta, onde dói, porque que ta lá, não sei se é porque ele já ta acostumado comigo, assim, que eu chego e ele já pergunta”.(E13) “Faz, ela pergunta desde quando, ela pergunta se eu to fumando muito, então que nem tava, se eu não tido ido antes, eu disse que tinha...daí ela olhou na ficha que ela já tinha me dado remédio e não adianto e daí ela mudou”.(E14) “Eh, às vez sim, né, conforme o que a gente vai lá se queixando”.(E15) “Ah, faz bastante...”(E16) “Fez, ele perguntou se su tinha feito exame de sangue, se, como é que tava o meu colesterol, eu disse que não sabia, fazia tempo que eu não fazia, tinha parado com o tratamento, tava bem...ele me deu as requisição tudo direitinho”.(E17) “Ele faz, e examina também a gente bem, também pergunta enquanto examina”.(E18)

Quadro 18 - No momento da consulta o médico lhe faz muitas perguntas quando examina o senhor? Que tipo de perguntas ele faz?

DSC: “Pergunta bastante onde é que dói, o que foi, faz e examina bem. Às vez sim. Só escuta”

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
Sim, tenho facilidade de entender. Pra mim ta bom assim. Eu entendo tudo, eles falam simples. Não. Eu pergunto e eles me respondem. Falo aquilo que preciso fala. Fico assim sem entende,	“Sim, tenho facilidade de entender”(E1) “Pra mim ta bom assim”. (E2) “Eu entendo tudo, eles falam bem simples”.(E4) “Aha”(E10) “Não (pergunta se tem dúvida)”(E (continuação) “Eu pergunto e eles me respondem... Ah, quando eu não compreendo alguma coisa eu pergunto, assim do meu jeito, até eu saí sabendo”.(E6)

<p>assim como na receita eu não entendo também.</p>	<p>“Eu falo pouco, eu falo aquilo que preciso fala, né, dize o que to sentindo”.(E7)</p>
<p>Eu pergunto o que é pra pergunta e pronto.</p>	<p>“Tu chega, fala ligeirinho, pah, pah, pah e deu... às vez eu não entendo... fica assim, sem entende, assim como na receita eu não entendo também”.(E8)</p>
<p>Às vezes falo, às vezes não falo.</p>	<p>“Eu pergunto o que é pra pergunta e pronto”.(E10)</p> <p>“Às vezes falo, às vezes não falo, depende, né, o que sinto, né, eu digo, né, me dói aqui, me dói ali, né, essas coisa assim...entendo...uma coisa às vezes que eu fico em dúvida, depois no negócio da receita, eu pergunto pras gurias mesmo, né...às vezes eu me esqueço (de perguntar) na hora aí, tu entendeu? Aí eu pergunto pras gurias, pras enfermeiras, né, elas explicam tudo direitinho, como uma dúvida ali de tomar o remédio, eu esqueço de perguntar, às vezes.”(E11)</p>
<p>Eu digo tudo o que eu to sentindo. Eu pergunto sim, não fico na dúvida.</p>	<p>“Ah, eu digo tudo o que eu to sentindo, como é que é, como começo... ele só escuta... eu pergunto sim, não fico na dúvida”.(E12)</p>
<p>Eu só respondo o que ele me diz. Com ela sim, eu pergunto tudo.Nem sempre (entendo). Às vezes eles falam com uma linguagem que a gente quase não entende, então fica difícil, às veiz, daí ela explica de novo.</p>	<p>“... eu só respondo o que ele me diz... nunca perguntei, as gurias que perguntam... as minhas irmãs que me levam, elas falam depois que ele fala comigo, me examina, eles me levam lá pra fora e aí elas ficam lá e eu não sei o que elas falam... elas não deixam. Aí elas conversam depois elas dizem que ta bem, não sei porque... o que ele me pergunta eu respondo... eu entendo... a única coisa assim que eu não entendi ela, que eu briguei com ele, não entendi ele, foi que ele mando me, me encaminho agora, faz dois mês, pra uma mulher aqui do posto fala comigo...a mulher me irritava...saí de lá e vim embora...me levaram lá no A e ele ficou brabo. Ele disse que eu tinha que ir, que ele ia comigo. E eu disse que não ia, nem com ele.Aí ele disse que eu ia em Santa Maria faze uma viagem, que eu ia passeia, e me levaram...numa clínica. Aí não falei nada, eu não queria”.(E13)</p>
<p>Se a gente ta consultando, se perguntarem a gente tem que entende.</p>	<p>“Com ela sim, pergunto... eu pergunto tudo... nem sempre (entendo)... é que às vezes eles falam com uma linguagem que pra gente, a gente quase não entende, então fica difícil, às veiz, daí ela explica de novo. O bom é que ela explica de novo, sabe, daí ela vai explicando pra gente direitinho, se a gente não entende...se eu não entendo eu pergunto, mas o que que é isso, né, pergunto bem franca, mas o que que é isso. Não</p>
<p>O que eu entendo eu respondo, o que é ou não.</p>	

<p>Já não tem importância de pedi mais explicação pra ele assim</p>	<p>sei o que é que é, daí ela me explica direitinho, daí eu entendo, daí ela explica melhor pra gente, sabe, como a gente entende”(E14)</p> <p>“Eh, tem que fala, né, ou eles tem que pega e examina a gente, né. Eles fazem as perguntas deles, né. Chega lá, fala o que sente, daí eles vão fazer as perguntas dele, né, examina, né...é quase sempre assim, é, se a gente tá consultando, se perguntarem a gente tem que...tem que entende, né...só que a gente não entendia, antes tempo...que agora tá mais assim especificado...que existe até uma lei...que eles tem que especifica é as medicação...a letra na receita, que nem os farmacêuticos às vezes não entendia, né...se ele me disser um nome diferente...daí eu teria que perguntar de novo...com certeza...até esse dia eu fiz um exame...pra ver aquele colesterol...eu pedi pra médica me explica direitinho qual que era o ruim...daí ela me explicou tudo”.(E15)</p> <p>“Ah, eu respondo. Se não entendo não, mas ali já tão acostumados comigo, eles sabem...ah, sim, o que eu entendo eu respondo, o que é ou não”.(E16)</p> <p>“Sim, sim, é que era da coluna, ele mandava eu agacha assim, ele apertava aqui, se doía aqui... ali, o joelho...eu ia respondendo, nunca eu fiquei assim sem sabe, sempre foi bem explicada as conversa com o médico... o porquê eu não pergunto...eu já consultei, já falei com o médico, eu já tô bem...por isso já não tem importância de pedi mais explicação pra ele assim”.(E18)</p>
---	--

Quadro 19 - Consegue responder às perguntas que o médico lhe faz? Consegue entender essas perguntas? Linguagem/ Termos técnicos? O que faz quando não entende o que médico diz? Sente-se à vontade para tirar as suas dúvidas, para fazer perguntas para o seu médico?

DSC1: Sim, tenho facilidade de entender...pra mim tá bom assim, eu entendo tudo, eles falam simples, eu pergunto e eles me respondem. Eu pergunto o que é pra pergunta e pronto. Falo aquilo que preciso falar...eu digo tudo o que eu tô sentindo. Eu pergunto sim, não fico na dúvida...com ela sim, eu pergunto tudo. Nem sempre (entendo). Às vezes eles falam com uma linguagem que a gente quase não entende, então fica difícil, às vezes, daí ela explica de novo. Se a gente tá consultando, se perguntarem a gente tem que entende. O que eu entendo eu respondo, o que é ou não.

DSC2: Às vezes falo, às vezes não falo, não, fico assim sem entender, assim como na receita eu não entendo também. Já não tem importância de pedi mais explicação pra ele assim. Eu só respondo o que ele me diz.

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Pra compra os remédio...quando consulta tem que te receita.</p> <p>Como é que no caso o médico vai te receitá um remédio sem te dá a receita? o médico não vai assim receita mais do que precisa.</p> <p>Se percisá tem que dá a receita.</p> <p>Todas as pessoas que eu vejo saem com receita.</p> <p>Hoje eu saí sem nenhuma receita.</p> <p>Vão consultá tem que darem a receita.</p>	<p>“Dá... mas eu acho que tem que dá...pra compra os remédio...quando consulta tem que te receita”.(E10)</p> <p>“Sim, sempre...como é que no caso o médico vai te receitá um remédio sem te dá a receita?...te diz de boca...mas eu acho que isso não é possível (no caso de sair sem medicação)...é que o médico não vai assim receita mais do que precisa...é tem gente que se queixa...do médico que não dá mais remédio...pra que se tu não precisa, não tem necessidade disso daí”.(E11)</p> <p>“Se percisá tem que dá a receita. Mas eu nunca me aconteceu. Cada vez que eu consulto so bem atendida...aí se a gente ta sentindo que a gente ta doente (e o médico não dá receita) tem que procura outro médico... a gente vai fazer o tratamento com aquele remédio que ele deu...aí no caso não passa a gente tem que repeti de novo a consulta”.(E12)</p> <p>“ Aha...(se saísse sem receita) aí é que tava bem...mas todas as pessoas que eu vejo saem com receita”. (E13)</p> <p>“Ah, hoje eu saí sem nenhuma receita... a doutora não me deu receita, só me deu o papel pra mim marca de novo a mamografia...ela disse que não poderia ta me intoxicando muito de remédio...que agora eu vo te um acompanhamento...eu fiquei meio assim...dela não te dado nenhum antiinflamatório...fiquei quieta...eu disse...que queria um remédio...só que ela disse que não...que não tinha que toma nenhum remédio...que se altera tem que tira”.(E15)</p> <p>“Sempre...vão consultá tem que darem a receita...(se não precisa) o que que vai dá. Hoje mesmo a dra. N me disse que não tem nada, hoje eu saí sem receita, ela disse que tava bom, que não precisava de remédio, tava bom”.(E16)</p> <p>“É, todas as vez com receita”. (E18)</p>

Quadro 20 - Quando consulta, o médico sempre lhe dá uma receita? O que pensa sobre isso?

DSC: Pra compra os remédio...quando consulta tem que te receita. Como é que no caso o médico vai te receitá um remédio sem te dá a receita? o médico não vai assim receita mais do que precisa. Se percisá tem que dá a receita. Todas as pessoas que eu vejo saem com receita. Vão consultá tem que darem a receita.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Ele só me deu a medicação e disse que era pra usar de uso contínuo. Na receita eu não entendo... daí eles explicam na farmácia ou aqui. Sim.</p> <p>Sim, sempre.</p> <p>Quando eu tomo, tomo direitinho.</p> <p>Tomo e tenho tudo apontadinho.</p> <p>Não to trocando mais, eu tomo direitinho, eu leio, pego o óculos.</p>	<p>“Ele só me deu a medicação e disse que era pra usar de uso contínuo... à noite, qualquer horário... Sim... a minha mãe é que não entende... quando ela pega na farmácia pede pra escreverem”. (E 1)</p> <p>“Que tinha que fazer um tratamento”. (E2)</p> <p>“A gente se cuida na comida, né, se cuida na gordura, no doce, que tem esse problema não pode comer gordura, não pode comer doce, e às vezes no Natal a gente meio abusa, né (risos) às vezes dá vontade de comer um docinho, a gente vai numa casa, numa vizinha e a primeira coisa é um piresinho de doce aí a gente come, né. É um pouco difícil se cuidar. A gente enxerga e já dá vontade de comer, né (risos). Se a gente não enxerga, porque eu não faço doce, eu não compro doce, em casa a gente não tem, mas vai numa vizinha, leva um piresinho, vou lá na outra vizinha me dá um piresinho, daí eu como né.” (E3)</p> <p>“...na receita eu não entendo...daí eles explicam na farmácia ou aqui, né”.(E8)</p> <p>“Sim, conforme o horário e conforme se é três vezes ao dia ou duas, se é uma, sempre direitinho”.(E10)</p> <p>“Sim, sempre”. (E11)</p> <p>“Eu não tenho nenhum aqui, é tudo na minha irmã... por causa que eu tomava tudo, ele me dava e eu tomava tudo e aí elas não deixaram mais aqui...vem (me trazer o remédio)...todos, até pra dor de cabeça...vem no horário certo, e quando eu pro serviço aí eu passo lá e ela me dá... umas vezes eu tomei tudo, eu parei lá no</p>

(conclusão)

	<p>hospital...depois eles não me deixaram mais aqui...eu não lembro , sei que tomei tudo porque falam”(E13)</p> <p>“Toma, quando eu tomo, tomo direitinho, de oito em oito horas”. (E14)</p> <p>“Sim, eu tomo o Enalapril e o Hidroclorotiazida que eu to tomando. Eu tomo um de 25 e meio de enalapril por dia, assim.”(E15)</p> <p>“Tomo e tenho tudo apontadinho. Não to trocando mais, eu tomo direitinho, eu leio, pego o óculos. Primeiro eu fazia porque nem tava. Tanto fazia toma dois remédio e um copo de cerveja. Agora eu parei, depois disso... me dava (o médico) pra tontura e dava dor no joelho, ia lá. Ele me dizia: a senhora tomo o remédio? Eu disse; esse que o senhor me receita. Diz, mas que véia burra, eu lhe receitei pra dor no joelho? Eu receitei pra tontura. A senhor vem e me diz que melhora um pouco porque tomo esses remédio...eu que fazia a confusão... e nem tava. Se ele me dava duas qualidades de xarope eu tomava tudo numa vez, mania, era tudo de um vez só...entendia, mas fazia porque queria e bebia, misturava tudo, tomava esse remédio da pressão de manhã, quando de meio-dia eu saía e tomava um copo de cerveja. Agora eu parei, depois disso”. (E16)</p> <p>“Sim”. (E18)</p>
--	--

Quadro 21 - O senhor segue as orientações médicas?

DSC: Ele só me deu a medicação e disse que era pra usar de uso contínuo. Na receita eu não entendo...daí eles explicam na farmácia ou aqui. Sim, sempre. Quando eu tomo, tomo direitinho. Tomo e tenho tudo apontadinho. Não to trocando mais, eu tomo direitinho, eu leio, pego o óculos.

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Sim.</p> <p>Pra mim ta bom assim.</p> <p>Não, sempre fica uma coisinha. Às vezes eu me esqueço de dizer o que eu sinto.</p> <p>Mais ou menos.</p> <p>Sim, tu optando pelo médico que ta de plantão a gente consegue.</p>	<p>“Sim, com dor de cabeça, fui encaminhada à Santa Maria e um especialista me disse que era enxaqueca, e to tratando com Vertilize D todos os dias.”(E1)</p> <p>“Pra mim ta bom assim”.(E2)</p> <p>“Não, sempre fica uma coisinha, né, às vezes eu me esqueço de dizer o que eu sinto tanto e não digo, porque me esqueço. Às vezes eu venho consulta, to com dor de cabeça, ou dor numa perna e não digo, eu tenho outras coisa e não digo o que eu tenho que dizer, me esqueço”. (E4)</p> <p>“Mais ou menos. É que às vezes o médico fala coisas que não deveria (não quis falar sobre isso). As fichas colocam primeiro quem chegou por último e por último quem chegou por primeiro”. (E5)</p> <p>“Sim, tu optando pelo médico que ta de plantão a gente consegue, né, a não ser que venha aqui e queira outro, aí tem que procurar. No caso agora dessa semana, eu vim aqui, achei que não era o médico que eu tava procurando pra minha mãe, fui procura outro, né, daí fiz uma consulta particular, né, entende? Tu optando pelo médico daqui tudo bem, mas se tu quiser outro tem que ir. Não é que eu quero dizer que os médicos particulares são melhores, né, mas é que a gente sempre, né, mas tem dois médicos que a gente, né, parece que confia mais, só isso...eu acho que tu tem que sair, por exemplo, se tu entro com determinada doença...tu tem que sair sabendo aquilo que tu tem, ou então, se for necessário um exame aqui ou uma coisa que o médico peça, porque eles nem sempre vão saber na hora o que realmente tu tem, então, se eles tem alguma dúvida que eles encaminhem, né, para um exame, alguma coisa, mais ou menos assim, né”. (E6)</p>

(continuação)

<p>Eu nem sabia que o doutor atendesse só pro coração. Nem cheguei a ser atendida. Daí tive que saí bem quietinha.</p>	<p>“Pra guria às vez não, às vez eu consigo”.(E8)</p> <p>“...No começo eu nem s... (continuação) doutor era daquele tratai atendesse só pro coração, ou pra outra coisa, aí eu tirei ficha e fui consulta e daí, não, não , pode ir saindo que eu não atendo essas coisa, mas deixa a gente senta, diz que eu não to atendendo nessa área, mas já mando ir saindo, aí a gente fica quieta, nem cheguei a ser atendida, porque daquela área não era pra ele, daí tive que saí bem quietinha, se não era pra ele, né, podia ter mais calma, ter conversado, foi bem diferente, abriu a porta e disse pra ir saindo”. (E9)</p>
<p>Sim, sempre.</p>	<p>“Aham” (E10)</p>
<p>Eu não gosto que me perguntem muita coisa.</p>	<p>“Sim, sempre...pelo menos eu não tenho queixa, sabe, em relação a isso” (E11)</p>
<p>Geralmente quando é pra mim eu fico.</p>	<p>“Fico, fico, é...graças a Deus, tudo”. (E12)</p>
<p>Sei lá. Ela sendo médica deve de sabe.</p>	<p>“Ah, só se eles ficam perguntando um monte de coisa, eu não gosto que me perguntem muita coisa, de conversa que eu tenho que responde, eu já vou ficando nervosa e eu já...até coisa de casapor exemplo as criança mesmo vem e começam e pedem uma coisa e perguntam uma coisa e aquilo vai me irritando. Tem que pergunta e deu, chego”.(E13)</p> <p>“Geralmente quando é pra mim eu fico...pra ele (o filho) depende o estado que ele ta, mas aí já conta mais um lado do dinheiro, porque nem sempre os remédio que dão pra ele tem no posto e nem sempre eu tenho como comprá. Daí eu volto lá, espero atende o que eles tão atendendo, volto lá e pergunto se tem algum remédio semelhante que posto tenha ou algum mais barato que faça o mesmo efeito, né”. (E14)</p>

(conclusão)

<p>Sempre me deram todos os exame.</p> <p>Eu consegui, fui no dentista, peguei as requisição, fiquei realizada, deu tudo certo. Num gosto de sai de casa.</p>	<p>“É saí...saí né, faze o que, né, sei lá...que ela sendo médicadeve de sabe, é, se eu teria mesmo que, né, entra com medicação, né, no caso, né,. Vamo espera de novo, faze outra tomografia, né”. (E15)</p> <p>“Sempre, sempre...chegava e dizia com uns exame que eu dizia que eu tenho alguma coisa, eu dizia que eu queria faze pra vê se eu tenho alguma coisa pra me trata. E tudo o que eu faço, nunca...sempre atenderam todos os exame”. (E16)</p> <p>“Ahá, eu saio...quando eu vo eu faço tudo numa vez só e dei sorte, ah, mas vim pra casa feliz da vida que eu consegui, eu fui no dentista, eu peguei as requisição pra faze o hemograma, a requisição pra faze o eletrocardiograma num dia só, já saí do posto, fui lá no hospital, já fiz o hemograma e fiz na hora, tinha ido em jejum , aí fiquei realizada, deu tudo certo. Ah, mas toca de ir em médico quando já me dá dor de barriga, num gosto de saí de casa”. (E18)</p>
---	---

Quadro 22 - Quando o senhor procura o médico, qual a sua opinião sobre a consulta que foi feita? O senhor ficou satisfeito com a consulta ou não satisfeito? Por quê? Fale um pouco mais sobre isso. Em sua opinião os seus problemas de saúde foram resolvidos após sua consulta médica? O senhor conseguiu resolver os seus problemas depois da consulta ao médico? Sim ou não/ Por quê?

DSC1: “Sim. Pra mim ta bom assim. Sim, sempre. Sempre me deram todos os exame. Eu consegui, fui no dentista, peguei as requisição, fiquei realizada, deu tudo certo. Sim, tu optando pelo médico que ta de plantão a gente consegue. Sei lá. Ela sendo médica deve de sabe.”

DSC2: “Não, sempre fica uma coisinha. Às vezes eu me esqueço de dize o que eu sinto. Mais ou menos. Eu nem sabia que o doutor atendesse só pro coração. Nem cheguei a ser atendida. Daí tive que saí bem quietinha. Num gosto de sai de casa. Eu não gosto que me perguntem muita coisa. Geralmente quando é pra mim eu fico.”

(continua)

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Aceito.</p> <p>Sim.</p> <p>Me sinto bem quando tomo o remédio.</p>	<p>“Aceito, se a gente tem o problema e faço o tratamento direitinho”. (E3)</p> <p>“Sim”. (E10)</p> <p>”Sim, eu me sinto bem quando tomo o remédio”. (E11)</p> <p>“Eu aceito, claro, é só o que eu tenho é aquilo ali que</p>

(conclusão)

<p>É só o que eu tenho é aquilo ali que ele diz, é só isso que eu tenho.</p> <p>Não sei, não acho que seja do cigarro. Se não melhora em uma semana é pra volta de novo.</p> <p>Eu não acho que seja, que vá sumi sem a gente faz uma medicação.</p> <p>Eu concordo.</p>	<p>ele diz, né, é só isso que eu tenho”. (E12)</p> <p>“Até hoje...hoje eu não gostei muito...porque ela disse que era do cigarro, né, não sei, não acho que seja do cigarro...ela disse que aquele, esse remédio que ia, daí se não melhora em uma semana é pra volta de novo”. (E14)</p> <p>“É, na verdade, eu não acho que seja... uma coisa pior, mas gente na mente a gente não espera... que vá sumi de uma hora pra outra sem a gente faz uma medicação, sei lá... eu fiquei meio assim, dela não te me dado nenhuma antiinflamatório, sei lá, né, fiquei quieta, né...(com o diagnóstico de pressão alta) eu concordei, né, porque eu sentia um monte de coisa...eu sentia uma coisa esquisita no corpo e aquilo não era normal. E depois que eu comecei a fazer esse tratamento que já tem uns ano, daí sumiu, um pouco, né, e daí eu saio pra trabalhar...parece que desaparece os sintoma, de alguma coisa que a gente tem sai”.(E15)</p> <p>“Eu concordo. Por causa disso aqui até que o se N vai fazer o meu travesseiro, pra mim não senti, senão de noite eu meio me afogo...tenho que dormi meio sentada pra não subi, se eu dormi com o travesseiro baixo aquilo sobe e me trance mais”. (E16)</p>
--	--

Quadro 23 - O senhor concorda com o diagnóstico que recebe pelos médicos? Se não concorda, o que acha que tem?

DSC1: “Sim, aceito. Me sinto bem quando tomo o remédio. É só o que eu tenho é aquilo ali que ele diz, é só isso que eu tenho. Eu concordo.”

DSC 2: “Não sei, não acho que seja do cigarro. Se não melhora em uma semana é pra volta de novo. Eu não acho que seja, que vá sumi sem a gente faz uma medicação.”

(continua)

IDEIA CENTRAL/DSC	EXPRESSÕES CHAVE
<p>O médico disse que tem que evita.</p> <p>Sim, a gente se cuida na comida.</p>	<p>“Mais é o sol, o sol quente, que o médico disse que tem que evita...eu saio de sombrinha quando tenho que sai”(E1)</p> <p>“Ah, sim, a gente se cuida na comida, né, se cuida na gordura, no doce, quem tem esse problema não pode come gordura...é um pouco difícil de se cuida...o médico diz pra gente se cuidá, né, é o que eles dizem...fumo em quantia... de diz pra mim para de fuma, deixa de fuma...eu não sei...acho que é o mesmo que bêbado por</p>

(continuação)

<p>Dizem pra come bastante verdura, bastante líquido, faço, mas algumas coisinha não obedeço.</p>	<p>cachaça...bêbado não pode enxerga um bar que ele já chega pra beber...o meu marido era completamente bêbado, bebeu muito na vida dele, ele tomava três porres por dia...tinha aquela cirros^e (continuação) vários problemas”. (E3)</p>
<p>Ela me deu uma vitamina pra mim usar, só que cada vez que eu usava a vitamina eu ficava muito mal.</p>	<p>“Dizem pra come bastante verdura, bastante líquido, faço, mas algumas coisinha não obedeço, como lasanha, essas coisa forte, como pizza, essas coisa que não poderia come, mas às vez eu me arrisco e tomo, tomo café demais, eu tomo...não (fala pro médico), eu acho que ele vai dizer: isso não pode”. (E4)</p> <p>“... ela me deu uma vitamina pra mim usar, só que cada vez que eu usava a vitamina eu ficava muito mal, sentia muita dor de cabeça, febre nas pernas, na barriga. Ela cancelou o uso”. (E5)</p>
<p>Eu me cuido. A gente quando exagera sente um pouco.</p>	<p>“Ah, eu me cuido, como de vez em quando uma massa, uma carne gorda, é, a gente quando exagera sente um pouco, uma diferença dum estado”. (E7)</p>
<p>Cuido, mas tinha que caminha e quase não caminho.</p>	<p>“Cuido, cuido, mas tinha que caminha e quase não caminho, sinto cansaço nas pernas”. (E8)</p>
<p>Sim, eu me sinto bem quando eu tomo o remédio.</p>	<p>“Sim, eu me sinto bem quando eu tomo o remédio”. (E11)</p>
<p>Faço, tomo remédio direitinho.</p>	<p>“Faço, tomo remédio direitinho”. (E12)</p>
<p>Ele conta coisa assim pra gente...que é pra ir na Igreja, que tem que reza, que tem que ir onde tem gente, não é só pra fica em casa, assim ele é bom.</p>	<p>“Ele conta coisa assim pra gente...que é pra ir na Igreja, que tem que reza, que tem que ir onde tem gente, não é só pra fica em casa, assim ele é bom...de vez em quando eu vo...eu não gosto de sai e não gosto que ficam assim só me olhando toda a hora, assim na minha cara. Tem umas vizinha que eu não gosto delas e elas não gostam de mim, aí elas me chama quando eu vo ali fora...de louca, dizem pras criança, que não pode ir lá que ela é louca. Aí por isso que eu não gosto, então, eu penso assim, se é louco, tomo remédio pra louco, tenho que fica</p>

(continuação)

Acho que paciente assim que tem que se dá conta, que ele vive mais, ele tem que se cuidá mais também.

A única coisa que ele me falava quando entrava no consultório ele dizia: Ah, já ta chegando a porca! A porca! Já sei que tu come massa, feijão, arroz, mandioca, polenta, ele bem assim com o dedo. Por isso ta sempre uma porca! Sobe na balança, é uma porca de gorda. Aí eu disse assim: Doutor, e o senhor por que que é gordo?

em casa e aí eu não gosto de saí....disse que era pra para, mas não consigo deixá e vai passando. Se eu tiver parada assim, que eu não tive fazendo nada, eu to sempre fumando, eu não c (continuação) sabe....é a primeira coisa que lembro quando tenho um problema. Eu fumo quase vinte e poucos anos, o marido fuma também...e eu fumo de noite no quarto”. (E13)

“...Ela me disse que agora não teria que entra com medicação nenhuma, né. Que teria que vê, assim, ela boto no papel que teria que te um acompanhamento por uns seis mês, daí se Deus defenda, altere, tem que tira, ela falo..a doutora disse que eu tenho que faze bastante caminhada, né, mas eu já faço caminhada porque eu vo e venho a pé daqui até a cidade, é um exercício, né. Ela falo que sempre que eu pudesse, né, come menos carboidrato, menos arroz, menos pão, a batata, a mandioca, ela disse que tudo isso tem essa coisa que aumenta também os triglicídeos, como é que é...eu to procurando na medida que eu vejo que dá, não abusa da gordura, de coisa, né, porque essa cosa de colesterol alto é uma coisa perigosa, né...daí não dá pra come coisa gorda, o sal, né, mas a minha comida é quase sempre pouco sal, né...acho que nenhuma das coisa é difícil, né, acho que paciente assim que tem que se dá conta, né, que ele vive mais, ele tem que se cuidá mais também, né”. (E15)

“Olha, eu (risos), não a única coisa que ele me falava quando entrava no consultório ele dizia: Ah, já ta chegando a porca! A porca! Já sei que tu come massa, feijão, arroz, mandioca, polenta, ele bem assim com o dedo. Por isso ta sempre uma porca! Sobe na balança, é uma porca de gorda. Aí eu disse assim: Doutor, e o senhor por que que é gordo? Isso é causo meu, nada lhe interessa, ele me disse, bem assim. Na palestra passei a maior vergonha, de tanta gente que tinha lá, que tava ao lado do meu irmão e

(continuação)

Faz uns três, quatro anos que eu venho tomando remédio, mas de vez em quando me dá um branco e eu paro com o remédio e daí volta tudo de novo.

ele contando tudo as coisa errada que eu fazia, as briga, na frente de todo mundo. Credo, as gurias lá do posto se apavoraram com aquilo. E (continuação) tem uma, oh, pera que eu vo mostra pra vocês. Arrodió, arrodió a mesa e eu tava fazendo a frente, do lado do P, ele disse: olha a teimosa é essa aqui. Quantas vez nos briguemo? Ah, doutor, bastante vezes, mas eu sei que a culpada era eu porque não fazia as coisa. Pois é, essa aqui, levanta de pé pra vê. Aí fiquei chateada, não ia consulta com ele mais e as gurias do posto me falavam que não era dele...Tinha palestrante de santa Maria, tinha não sei daonde. Ele se levanto, foi lá, essa aqui oh, é ou não que nós briguemo bastante? Tudo por não ter cabeça, não me entender, faze as coisa errada, dizia assim, fazia assim com o dedo...é esse dia eu comi uma mandioquinha frita...não, mas agora eu vô me cuida, eu caprichei”. (E16)

“Faz uns três, quatro anos que eu venho tomando remédio, mas de vez em quando me dá um branco e eu paro com o remédio e daí volta tudo de novo, né. Esses tempo eu parei uns seis mês e aí me deu bem forte que eu tive, em abril, aí me deu forte, forte, que as gurias tinham que me carrega. Aí de lá para cá eu to tomando direitinho o remédio. È o Labirin e a Sinvastatina que eu tomo pro colesterol, que eu tava com aquele, como é que é, não sei dize, o tricerídeo tava 530. O colesterol até não tava tão alto, mas aquele tava bem alto. Eu so meio descuidada na alimentação. Não como assim oh, tanta gor, como faze comida gorda, mas eu gosto de queijo, eu gosto de coisa assim que pro colesterol altera, né, coisas que eu não devo come, ovo frito, coisa assim, né e de noite, essas coisa que altera. Mas agora eu to me cuidando, fiz até uma promessa, não to jantando, só almoço, faço bem magrinha minhas comida e de noite só tomo um cafezinho, um chá, alguma coisa. Esses dia eu inventei de janta e passei mal. Me

conclusão)

	<p>deu um mal-estar, uma coisa, uma bobeira na cabeça, aí digo não vo teimá.” (E17)</p> <p>“...Os médico bom...que ele orienta o paciente pra, tanto na dieta como na medicação...pro que das vez a gente faz as coisa errada por que que. Eu sei, né, a Dra N., ah, tu tem que ir num nutricionista. Eu fiquei quieta, eu não disse nada, mas eu tenho um monte de folhas assim das nutricionista de Porto Alegre e por que não entra na cabeça da gente pega e faz como que ta ali?” (E18)</p>
--	--

Quadro 24 - Quando o senhor faz uma consulta, o senhor segue todas as orientações e tratamentos propostos pelo médico? Por quê?

DSC: “A gente se cuida na comida, na gordura, no doce...é um pouco difícil se cuida, ele orienta o paciente pra, tanto na dieta como na medicação...pro que das vez a gente faz as coisa errada por que que...ele já cansou de brigar comigo. Dizem pra come bastante verdura, bastante líquido, faço, mas algumas coisinha não obedeço. A gente quando exagera sente um pouco. Eu me cuido, mas tinha que caminha e quase não caminho, tomo remédio direitinho mas não consigo come menos carboidrato, menos arroz, menos pão, a batata, a mandioca, ela disse que tudo isso tem essa coisa que aumenta também os triglicídeos não dá pra come coisa gorda, o sal. O paciente assim que tem que se dá conta, né, que ele vive mais, ele tem que se cuidá mais também mas eu sei que a culpada era eu porque não fazia as coisa. Mas agora eu to me cuidando, fiz até uma promessa, não to jantando, só almoço, faço bem magrinha minhas comida e de noite só tomo um cafezinho, um chá.”

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Confio. Tem que confia. Tem que confia nessas pessoa que estudaram uns quantos ano pra vim atende a gente.</p>	<p>“Confio”(E10).</p> <p>“Aha” (E13)</p> <p>“Confio, né, tem que confia...porque eu acho que tem que confia nessas pessoa que tão ali, né, que estudaram, né, uns quantos ano pra vim atende a gente, né”. (E15)</p> <p>“Confio...ah se eu vejo que eu não gostei eu não vô mais”(E16)</p> <p>“Confio” (E18)</p>

Quadro 25 - O senhor confia no seu médico?

DSC: “Confio, porque acho que tem que confia nessas pessoa que estudaram uns quantos ano pra vim atende a gente, se eu vejo que eu não gostei eu não vô mais.”

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES CHAVE
<p>Não. Agora não. Não, pra mim ta bom assim. Nunca.</p>	<p>“Não, ta bom” (E18)</p> <p>“Ah, agora não, porque eu até não tenho convênio...mas eu acreditei nela, porque se eu acho que tivesse que toma alguma medicação ela teria me dado na verdade”.(E15)</p> <p>“Não, pra mim ta bom assim”. (E14)</p> <p>“De trocar dele? Não”. (E13)</p> <p>“Nunca” (E10)</p>

Quadro 26 - O senhor gostaria de trocar de médico?

DSC: “Não. Agora não. Não, pra mim ta bom assim. Nunca”.