



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINE DAMAZIO DA SILVA

A PRÁTICA DO CUIDADO EM CONSULTAS MÉDICAS NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: Reflexões a partir do método da Análise da Conversa

PORTO ALEGRE

2020

CAROLINE DAMAZIO

A PRÁTICA DO CUIDADO EM CONSULTAS MÉDICAS NO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS: Reflexões a partir do método da Análise da Conversa

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Saúde, sociedade, educação e humanidades

Orientadora: Stela Nazareth Meneghel

Coorientadora: Mariléia Sell

PORTO ALEGRE

2020

CIP - Catalogação na Publicação

SILVA, CAROLINE DAMAZIO
A PRÁTICA DO CUIDADO EM CONSULTAS MÉDICAS NO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS: Reflexões a partir do método da
Análise da Conversa / CAROLINE DAMAZIO SILVA. -- 2020.
57 f.
Orientador: Stela Nazareth Meneghel.

Coorientador: Marileia Sell.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Práticas de Cuidado em Saúde. 2. Programa Mais
Médicos. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Análise da
Conversa. 5. Humanização em Saúde. I. Meneghel, Stela
Nazareth, orient. II. Sell, Marileia, coorient. III.
Título.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana. ”

(Carl Jung)

RESUMO

A implementação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, no Brasil, proporcionou mudanças no perfil de profissionais que realizam atendimentos na Atenção Básica em Saúde, estimando-se que essa mudança tenha garantido melhorias quanto à equidade de gênero e a integralidade do cuidado. Mesmo havendo estudos e avaliações em relação ao programa, ainda há aspectos a serem explorados referentes aos métodos e ao manejo clínico realizado por esses profissionais. Além disso, o programa foi prematuramente encerrado e os médicos cubanos, apesar da avaliação positiva e satisfação expressa pela população, tiveram que sair do país. Esta pesquisa tem como objetivo analisar conversas entre profissionais de saúde do Programa Mais Médicos e mulheres atendidas na atenção básica, na ótica do cuidado em saúde e na perspectiva de gênero e da fala em interação. Em um momento em que a discussão acerca da interação médico-paciente revela-se tema de reflexão em diferentes áreas da saúde, busca-se entender de que modo se dá o cuidado nas consultas realizadas por profissionais do PMM. Para isso foram observadas e gravadas conversas produzidas em consultas realizadas por dois médicos do programa, em um total de 10 consultas médicas realizadas em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Porto Alegre. A metodologia é qualitativa e analisa as falas em interação sob a perspectiva da Análise da Conversa, que entende a fala como uma forma de ação social. Duas categorias de análise emergiram destas interações: a relação médico-paciente como categoria central para análise do cuidado e processos de medicalização. A hierarquia presente na relação de médicos e pacientes ficou diluída nestas consultas, evidenciada pelos cumprimentos cordiais, pela designação das pessoas pelo nome e no tuteio dos pacientes aos médicos, no tempo de escuta disponibilizado para ouvir as queixas sem interrupções, assim como em relação a outras perguntas e dúvidas não relacionadas ao motivo da consulta. Esse estudo aponta potencialidades e fragilidades da atuação médica desses profissionais em relação ao cuidado e avança no diálogo sobre a humanização em saúde.

Palavras-chave: Humanização; Cuidado em Saúde; Análise da Conversa

ABSTRACT

The implementation of the Mais Médicos Program (PMM), in 2013, in Brazil, provided changes in the profile of professionals who provide care in Primary Health Care, and it is estimated that this change has guaranteed improvements in terms of gender equity and comprehensive care. Even though there are studies and evaluations in relation to the program, there are still aspects to be explored regarding the methods and clinical management performed by these professionals. In addition, the program was prematurely ended and Cuban doctors, despite the positive evaluation and satisfaction expressed by the population, had to leave the country. This research aims to analyze conversations between health professionals from the Mais Médicos Program and women served in primary care, from the perspective of health care and from the perspective of gender and speech in interaction. At a time when the discussion about the doctor-patient interaction is a theme for reflection in different areas of health, we seek to understand how care is provided in consultations carried out by PMM professionals. For that, conversations produced in consultations made by two doctors of the program were observed and recorded, in a total of 10 medical consultations held in Basic Health Units in the city of Porto Alegre. The methodology is qualitative and analyzes the speeches in interaction from the perspective of the Conversation Analysis, which understands speech as a form of social action. Two categories of analysis emerged from these interactions: the doctor-patient relationship as a central category for the analysis of care and medicalization processes. The hierarchy present in the list of doctors and patients was diluted in these consultations, evidenced by the cordial greetings, by the designation of people by name and in the tweeting of patients to doctors, in the listening time available to listen to complaints without interruption, as well as in relation to other questions and doubts unrelated to the reason for the consultation. This study points out the strengths and weaknesses of these professionals' medical performance in relation to care and advances in the dialogue about humanization in health.

Keywords: Humanization; Health Care; Conversation Analysis

AC – Análise da Conversa

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica em Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COMPESQ – Comissão em Pesquisa da Escola de Enfermagem

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

1- Introdução.....	8
2- Objetivos.....	10
2.1- Objetivo Geral	10
2.2- Objetivos Específicos	10
3- Referencial teórico	11
3.1- O Programa Mais Médicos	11
3.2- A formação médica em Cuba	14
3.3- Humanização em saúde	15
3.4- O Cuidado em Saúde.....	16
3.5 - Fala-em-interação, alguns aspectos conceituais.....	19
4- Metodologia.....	25
4.1- Tipo de Estudo.....	25
4.2- Cenários da Pesquisa.....	26
4.3- Sujeitos do Estudo.....	26
4.4- Fontes de Informação e Geração de Dados	27
4.5- Aspectos Éticos.....	27
5. A relação médico-paciente como categoria central para análise do cuidado.....	28
6. Medicalização e Saúde	42
6.1 A medicalização nas consultas analisadas	44
7. Considerações Finais	52
REFERÊNCIAS	54

1- Introdução

Os sistemas públicos de saúde priorizam o acesso universal, equitativo e integral da população a serviços de saúde de qualidade, independentemente do nível de atenção e da complexidade do cuidado. Os serviços de saúde são essenciais, à medida que se organizam a fim de suprir as necessidades da população com ênfase nas ações de promoção, prevenção, controle de agravos e reabilitação da saúde.

O acesso equitativo a serviços de saúde eficientes e de qualidade é um desafio às políticas públicas. A demanda por serviços de saúde resulta da interação entre fatores sociais, econômicos, psicológicos e de morbidade, que influenciam diretamente na sua utilização. Dessa forma, é fundamental que os serviços se organizem a fim de atender as necessidades da população, tanto em aspectos que se referem à promoção e prevenção, quanto à assistência (SAWYER, LEITE *et al.*, 2002; CONILL, 2002).

A qualidade da atenção na área da saúde já vem sendo discutida desde longa data e constituíram avanços o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da população nas ações de planejamento e de avaliação dos serviços de saúde (MADUREIRA *et al.*, 1989), assim como estudos focados nas relações dialógicas entre profissionais e usuários de serviços.

Apesar do crescente interesse em estudar a qualidade dos serviços de saúde ofertados a partir da percepção dos usuários, essa prática é dificultada devido à falta de padronização dos instrumentos e à dificuldade na comparabilidade dos resultados. No âmbito da gestão pública, estruturada em programas governamentais e orientada por resultados, é cada vez maior a exigência de pluralidade de abordagens e atores, demandando a obrigatoriedade de dispositivos institucionais, igualmente participativos, que regulamentem os estudos de avaliação garantindo qualidade e utilidade do produto final (HARTZ, 2002).

No Brasil, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em função da descentralização, acarretou aos municípios importantes demandas no âmbito da gestão. Essas demandas incluem a necessidade de compor e gerir equipes de trabalho, dispor de estrutura física e tecnológica, organizar insumos e estratégias para operar o sistema de saúde, além de produzir e disponibilizar conhecimento para a população de modo a promover equidade. Nesse contexto, frequentemente ocorrem carências humanas e materiais e estranheza em relação às novidades na gestão no âmbito do SUS. Para os municípios de grande porte, as demandas da descentralização são ainda mais significativas, devido à responsabilidade não apenas de prestar serviços a numerosos contingentes populacionais, mas também de executar ações de saúde de diferentes graus de complexidade (SILVA, LIMA, 2005).

Internacionalmente, tem-se denominado Atenção Primária à Saúde (APS) a estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS (STARFIELD, 1992, 2001, 2002; VILLALBI e cols, 2003).

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular.

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a Saúde da Família, que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A Saúde da Família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adstrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade e de ajuste das ações e serviços locais, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país (MATTA E MOROSINI, 2009). O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio de práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos (COSTA, 2004).

No Brasil, há necessidade de um maior número de médicos no Sistema Único de Saúde, em especial na Atenção Básica, que desde 1994 vem sendo reestruturada por meio da Estratégia de Saúde da Família, sendo que algumas regiões, estados e municípios permanecem ainda sem assistência médica. Ainda, é historicamente reconhecida a concentração desses profissionais em grandes centros urbanos e em regiões mais ricas do país, o que acarreta nas demais regiões baixa capacidade em prover e fixar profissionais médicos na atenção básica, comprometendo a ampliação do acesso e a qualidade aos serviços básicos de saúde.

Com a implementação do Programa Mais Médicos, em 2013, no Brasil, estima-se que tenha havido mudanças no perfil de profissionais que atendem mulheres na ABS, garantindo a equidade de gênero e a integralidade do cuidado. Apesar do programa já ter sido implementado há seis anos, há ainda muitos aspectos a serem explorados referente aos métodos e o manejo prático desses profissionais. Portanto, esta pesquisa

propõe analisar conversas entre profissionais de saúde do Programa Mais Médicos e mulheres atendidas na atenção básica, na ótica do cuidado em saúde e na perspectiva de gênero.

2- Objetivos

2.1- Objetivo Geral

Analisar conversas entre médicos e usuárias do Programa Mais Médicos (PMM) na perspectiva do cuidado em saúde.

2.2- Objetivos Específicos

- Identificar nas conversas entre médicos e usuárias como se dá o cuidado durante a consulta;

- Verificar a presença de questões referentes a gênero na relação entre médicos e usuárias do PMM.

3- Referencial teórico

3.1- O Programa Mais Médicos

Com a proposta de construção de um Sistema Público de Saúde que busca a integralidade do cuidado, a promoção da saúde e o enfrentamento dos determinantes sociais de doenças e agravos, o Ministério da Saúde desenvolve, desde a criação do SUS, ações para reestruturar o modelo de atenção à saúde, priorizando a Atenção Básica e a formação profissional adequada às práticas de saúde e educação (CYRINO et. al, 2015).

Nos últimos anos, políticas propostas pelo Ministério da Saúde e da Educação buscaram a mudança do perfil do profissional da saúde, com formação que possibilite uma prática reflexiva, contextualizada e apropriada a superar o treinamento técnico e tradicional, além da formação de sujeitos éticos, críticos, reflexivos, humanizados e com responsabilidade social. Além do mais, essas políticas tensionaram a necessidade de inverter o modelo de formação médica vigente no país, cujas características se sustentam na pouca ênfase na prevenção e na promoção da saúde e na concentração na atenção médica individual; o enfoque está na doença sem que seja visualizado o sujeito; a valorização da aprendizagem ocorre no ambiente hospitalar, desconhecendo o espaço social onde as pessoas estão inseridas; investe-se na especialização precoce; e há enorme descompasso entre as instituições de ensino superior, serviços de saúde e comunidades (CYRINO et. al, 2015).

Movimentos emergiram no cenário nacional diante dos problemas enfrentados pela população brasileira em função da falta de médicos na rede pública de saúde, a exemplo da Frente Nacional de Prefeitos, que em março de 2013 lançou a campanha “Cadê o médico”. Em 2012, o Brasil possuía 359.691 médicos, com uma proporção de 1,8 médicos para cada mil habitantes. A proporção de médico/1.000 habitantes constatada no Brasil é menor do que em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou que possuem sistemas universais de saúde, como Canadá: 2,0/1.000; Reino Unido: 2,7; Argentina: 3,2; Uruguai: 3,7; Portugal: 3,9; Espanha: 4,0 e Cuba: 6,7. Os estados brasileiros que apresentam um quantitativo de médicos acima da média nacional, como o Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo, exibem consideráveis diferenças em relação aos locais onde o número de profissionais é menor. Ainda, a população brasileira manifesta desconforto com a escassez de médicos, que tem impacto negativo no acesso aos serviços do SUS (CARVALHO, MARQUES, SILVA, 2016).

O Programa Mais Médicos criado no Brasil, em 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à Atenção Básica, tem papel fundamental no fortalecimento da Atenção Básica, com o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis. Foi aprovado pelo Congresso Nacional pela lei 12.871 em outubro de 2013 e proposto pelos Ministérios da Saúde, Educação e Planejamento,

Orçamento e Gestão com a finalidade de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde. Propõe fortalecer a prestação de serviços na atenção básica; aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS (CYRINO et. al, 2014).

Além do mais, o programa prevê investimentos em infraestrutura e ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residências médicas no país. Foi prevista a criação, até 2017, de 11,5 mil vagas de graduação em medicina e 12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas com foco na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família. Ainda, foram autorizadas 4.460 novas vagas de graduação, em instituições públicas e privadas, além da seleção de 39 municípios para criação de novos cursos, considerando a necessidade da população e priorizando-se regiões com escassez de profissionais, como o Nordeste, o Norte e cidades do interior do país (CYRINO et. al, 2014).

O Programa Mais Médicos desencadeou a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação médica, afirmando a necessidade da formação na Atenção Básica, na rede de atenção à saúde no SUS e o aprimoramento da integração ensino-serviço-comunidade. As diretrizes estão desenhadas a partir de eixos integradores: Atenção, Gestão e Educação na Saúde, indicando metodologias que privilegiam a participação do aluno na construção do conhecimento.

Desde a implantação do PMM até o ano de 2015, 14.462 novos médicos passaram a atender a população de 3.785 mil municípios, o equivalente a 68% dos municípios do país e os 34 Distritos Sanitários Indígenas, sendo que cerca de 50 milhões de brasileiros foram beneficiados. No eixo de infraestrutura, o governo federal investiu R\$ 5,6 bilhões para o financiamento de construções, ampliações e reformas de Unidades Básicas de Saúde e R\$ 1,9 bilhão para construções e ampliações de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Das 26 mil UBS que tiveram recursos aprovados para construção ou melhoria, 20,6 mil (79%) iniciaram obras ou concluíram a construção. Em relação às UPAs, 363 foram concluídas de um total de 943 propostas aprovadas (BRASIL, 2015; GIRARDI et al, 2016).

Para efetivar a contratação do profissional médico, o município deve se inscrever no Programa e fornecer recursos para moradia e alimentação, enquanto que o Governo Federal fornece o auxílio financeiro individual. As vagas oferecidas pelo Ministério da Saúde para atuação na Atenção Básica que não fossem preenchidas por médicos brasileiros foram disponibilizadas para os estrangeiros devidamente inscritos no programa referido. De acordo com o Ministério da Saúde, os editais que regulam o

programa foram abertos a médicos estrangeiros que atuassem em países com proporção de profissionais por mil habitantes maiores que a do Brasil, sendo essa em nosso país igual a 1,8. O foco do governo federal eram países como Espanha, Portugal e Cuba, devido à formação qualificada na atenção primária e similaridade da língua (BRASIL, 2013).

O Programa Mais Médicos propõe estratégias para aprimorar a formação médica e universalizar o acesso da população aos serviços, além de responder à legislação do SUS que ordena novas práticas. Estas demandam inovações e mudanças na formação dos profissionais da saúde nos diferentes níveis de formação, no ensino, na saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e no modelo de atenção ofertado. Programas como o Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) e o Programa de Residências Multiprofissionais exemplificam ações que amplificam mudanças paradigmáticas adequadas às novas demandas. Geram a formação e ação interprofissional na integração ensino-serviço-comunidade, em campos de atuação estratégicos para o SUS, nas redes prioritárias, definidos em parceria com gestores, a partir de realidades locais e regionais (CYRINO et. al, 2014).

O debate sobre formação e provimento na saúde, valoriza o encontro entre humanos, mediado pela linguagem face-a-face, que é ferramenta eficaz e econômica para efetivar a humanização da saúde. Valoriza também o compromisso com a integralidade e a equidade, que responde às necessidades singulares, à maior aproximação entre Institutos de Ensino Superior (IES) e serviço, saúde e educação e desencadeia ressignificações, reconstrução do conhecimento e produção de novos saberes, num encontro ético, estético e político (CYRINO et. al, 2014). O PMM está aberto a discussões, críticas, sugestões, reformulações, com a clareza de que aborda uma prática social extremamente complexa, em que se aprende a cada dia com os novos modelos trazidos pelos profissionais de outros países, culturas e sistemas de saúde.

No Programa Mais Médicos, os cubanos constituíram praticamente oitenta por cento do total dos profissionais (79,1%) (NOGUEIRA et al, 2016). Embora estes médicos tenham ocupado postos em locais e comunidades muito pobres e historicamente desassistidas, não havendo o desejo de profissionais brasileiros ocuparem estas vagas, a sua vinda gerou protestos na corporação médica brasileira o que se deveu principalmente ao modelo de atenção que vem sendo construído pela medicina cubana: humanizado, voltado aos principais problemas das populações, pautado nas ações de prevenção, no uso racional de tecnologias e de medicamentos e internacionalista.

3.2- A formação médica em Cuba

Em Cuba, a situação anterior à Revolução Cubana mostrava um cenário de saúde da população bastante precário. A maioria da população não tinha acesso à atenção de saúde e aos cuidados médicos e o quadro epidemiológico era de um país extremamente pobre e desigual, com predomínio de doenças infecciosas e carenciais, alta mortalidade infantil e baixa expectativa de vida. Havia muitos médicos sem trabalho e os cargos eram indicados por políticos; os eram hospitais mal equipados e o próprio Colégio Médico Nacional, entendia que os médicos deviam migrar a outros países frente à impossibilidade de encontrar trabalho (VELA VALDEZ, 2017).

O interesse na formação de médicos para os serviços de saúde em Cuba iniciou com uma Reunião Nacional de Médicos convocada pelo Ministério de Saúde Pública (MINSAP) e pelo Colégio Médico Nacional em 1961. Nesse momento, Fidel Castro explicou que era preciso ampliar a cobertura de serviços médicos e melhorar a saúde da população e para isso, era imprescindível contar com um novo perfil para este profissional. Assim, a formação devia ser integral para contemplar as necessidades de saúde da população, com gratuidade dos serviços, em uma perspectiva preventivo-curativa. Para isso construíram estabelecimentos nacionais, provinciais e municipais e uma rede de escolas de medicina.

Um dos pontos chave consistiu na educação científica e pedagógica dos médicos em exercício para serem professores, na formação pautada no ensino-trabalho, em cenários onde ocorre o processo saúde-doença. Perceberam que a universalização da educação médica implicaria na melhora da qualidade dos serviços e onde houvesse uma unidade de saúde escola haveria melhora da atenção à população (VELA VALDES, 2017).

Os princípios estabelecidos pelo Sistema Nacional de Saúde para a formação médica e de pessoal de saúde e mantidos até o presente são: caráter estatal socialista, orientação preventiva, acessibilidade e gratuidade, integralidade e desenvolvimento planejado, unidade entre ciência, docência e prática médica, participação ativa da população, interseccionalidade e internacionalismo (NAREY, ALDEREGUÍA, 1990).

Assim, a política educacional cubana na formação do capital humano para a saúde tem como objetivo atender às necessidades da população e do Sistema Nacional de Saúde. A formação de estudantes é abrangente e humanista, e funciona essencialmente em serviços de saúde e na comunidade. Todos os graduados têm garantia de contrato laboral. Os currículos são projetados a partir dos problemas de saúde da população e estruturados de acordo com a estratégia da APS. O processo de ensino enfoca a integração ensino-assistência-pesquisa, a educação no trabalho e a interação do médico com a comunidade. O sucesso do processo de ensino-educação para a saúde ancora-se na integração entre ensino, assistência e pesquisa (universidade-saúde-sociedade); no caráter científico e sistêmico do processo didático; na educação no trabalho em instituições de ensino e na comunidade (aprenda fazendo). Em todo o

processo educativo para a saúde, é essencial assegurar a formação ética, moral e solidária, humanista e cidadã dos estudantes, a partir do exemplo do corpo de professores (VELA VALDEZ et al, 2018).

Estudo brasileiro que avaliou a atuação dos médicos cubanos mostrou que estes profissionais apresentam atuação condizente à integralidade das práticas na atenção primária, com prestação de um leque amplo de ações e serviços, coerente com a complexidade dos problemas de saúde e pluralidade dos cenários. Os profissionais possuem marcada capacidade de inserção comunitária, enfoque preventivo, planejamento de ações e bom relacionamento interpessoal na equipe, identificando-se posturas e técnicas de acolhimento, vínculo e responsabilização (FRANCO, ALMEIDA, GIOVANELLA, 2018).

3.3- Humanização em saúde

A interação médico-paciente tem se mostrado tema de discussão e reflexão nas diferentes áreas que compõem o campo da saúde. Embora a medicina venha alcançando inúmeros avanços biomédicos e tecnológicos, os mesmos, em sua maioria, restringem-se a responder demandas específicas relacionadas a doenças e enfermidades. Caprara e Rodrigues (2014) atentam para o fato de que o desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética contribuíram para uma medicina centrada na doença, possibilitando sofisticadas técnicas e recursos para lidar com cada fragmento do homem ao mesmo tempo em que há grande dificuldade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade.

Essa questão encontra-se imersa em um grande desafio, o desafio da humanização, que vem sendo tema de crescente interesse no âmbito da saúde coletiva no Brasil. Em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) destinado a promover uma nova cultura de atendimento à saúde. Três anos após, surge então a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários a partir de uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico de saúde (DESLANDES, 2006). A PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS (Brasil, 2019) e suas diretrizes são: o acolhimento, a gestão participativa, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalho e do trabalhador e, por fim a defesa dos direitos dos usuários.

Pensando a Humanização da Saúde de forma mais ampla, o que de fato é humanizar, pergunta Deslandes (2006) ao realizar uma cuidadosa análise documental para chegar à resposta dessa questão. Buscando dar à humanização uma definição mais

objetiva, ela analisou o discurso do Ministério da Saúde sobre a humanização da assistência, investigando os sentidos e expectativas associados à ideia de humanização a partir da leitura dos textos oficiais. Sua busca revelou quatro eixos discursivos para a discussão da humanização. O primeiro eixo mostra que a argumentação inicial no primeiro documento oficial da humanização (2000) era a insatisfação dos usuários relacionada aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde, destacando a humanização como oposição a violência física, psicológica e a violência simbólica, aquela configurada pelo não reconhecimento das necessidades emocionais e/ou culturais dos usuários. O segundo eixo discursivo apresentou a necessidade de melhora na qualidade dos serviços prestados, tomando a humanização como a capacidade de ofertar uma assistência de qualidade articulando boas práticas de relacionamento e os avanços tecnológicos. O terceiro eixo aponta a humanização como melhoria nas condições de trabalho dos próprios cuidadores, entendendo a relevância de se ter profissionais saudáveis para produzirem saúde. Por fim, o quarto eixo diz respeito a um elemento que está presente na prática dos três anteriores e diz respeito à dificuldade de comunicação, uma dificuldade de diálogo que repercute de forma negativa no manejo do cuidado em saúde.

A partir dessa reflexão, que evidencia a necessidade da PNH, usaremos o conceito de humanização de Ayres (2006), em que o autor define humanização a partir de uma perspectiva filosófica de enquadramento do termo, considerando então a humanização como um compromisso das tecnociências da saúde com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum. Tal definição, visando à busca da felicidade, acrescenta leveza e real sentido para as formas de se produzir saúde e contempla o desafio do tratamento do homem em sua integralidade.

3.4- O Cuidado em Saúde

A efetivação da humanização da saúde se dá por meio de diferentes tecnologias da saúde, que podem ser nomeadas, segundo Ayres (2006), como organização das ações e serviços, formulação de políticas, relações médico-pacientes, relações serviço-população, relações entre membros da equipe, entre outros aspectos. Mas a tecnologia da saúde que norteará essa discussão será a tecnologia de assistência à saúde, com enfoque no cuidado em saúde, tal tecnologia atravessa todas as outras possibilitando assim uma ampla reflexão sobre a produção de saúde em sua completude.

Podemos pensar a prática do cuidado em saúde como transversal, pois a mesma atravessa todas as diretrizes do SUS, bem como as diretrizes da PNH. Comumente utilizada nos discursos sobre saúde, a palavra cuidado é compartilhada entre diversos atores sociais, trabalhadores da saúde, usuários, entretanto questiona-se se a noção e

definição de cuidado é entendida da mesma maneira entre a diversidade de pessoas que a usam.

Para iniciarmos a discussão partindo de um ponto comum, tomamos como ponto de partida a definição de cuidado enunciada por Ayres (2006, p.56) que o descreve o como:

“Uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos”

Na obra “Ser e Tempo” o filósofo Heidegger (1995) afirma que o Cuidado configura um elemento existencial que possibilita a autocompreensão e a reconstrução contínua e simultânea da condição humana. Essa definição configura um caráter filosófico do tema, entretanto apesar da distância do tempo em que foi pensada até os dias de hoje remete a uma reflexão clara acerca do cuidado na prática médica. Ao tomar o cuidado como prática contínua no consultório médico há uma reafirmação para o profissional de sua própria humanidade, o profissional constrói pontes com seu paciente, pontes essas que possibilitam estabilidade no caminho para o projeto de felicidade do mesmo.

Mas do que se trata esse projeto de felicidade, não é a felicidade característica ímpar e subjetiva? Como o fazer médico poderá dialogar com essa ideia? Pode-se dizer que quando falamos em projeto de felicidade, muito mais importante do que nomear o projeto de felicidade de determinado paciente é ser sensível à existência dele, é entender que o mesmo é composto de desejos e afetos que poderão ser alcançados com maior facilidade a partir da boa prática médica. Uma medicina pautada em avanços tecnológicos é imprescindível, entretanto tais avanços correspondem muito mais a uma resposta a determinada doença do que a um propósito de atendimento integral a saúde.

Como referido anteriormente, há inúmeros avanços tecnológicos no âmbito da saúde, e reconhecemos sua importância, entretanto é necessário refletir sobre as tecnologias de assistência à saúde com a mesma seriedade e empenho. Se por um lado experimentamos importantes avanços no âmbito tecnocientífico como potencial poder de diagnose, precocidade da intervenção terapêutica, aumento da eficácia de inúmeros procedimentos cirúrgicos, entre outros, em contrapartida vivenciamos a autonomização de exames complementares, segmentação do paciente em órgãos e funções, encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a desatenção e distanciamento com os aspectos psicossociais do adoecimento (Ayres, 2006).

Pensar o bem-estar do usuário não apenas a partir da normalidade morfofuncional é realizar a prática do cuidado de forma integral, um aspecto não inviabiliza o outro, pelo contrário, a prática sustentada pelas duas perspectivas

possibilitará a visão do paciente como pessoa inteira, atingindo o êxito na prática profissional, Ayres (2006, p.54) aponta:

“...seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos seus meios técnicos ou gerenciais, o desafio central da humanização não pode ser equacionado como a necessidade de "mais tecnociência", nem tampouco de "menos tecnociência", mas sim como o interesse por um progressivo enriquecimento do reconhecimento e reconstrução das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades.”

Pensar um cuidado integral, que contemple além do êxito do cuidado morfofuncional é se lançar com profundidade em um processo de “humanizar”, é trazer a medicina ao seu objetivo original. Dantas Filho (2009) discorre sobre o início da medicina, quando a principal função da mesma era o cuidar. Dada a vulnerabilidade da condição humana, a necessidade de se pensar um cuidado nasce a partir da consciência dessa fragilidade no existir, a medicina é lida originalmente então como a arte e a ciência da cura. O autor faz uma ressalva importante no sentido de nomear a ciência como algo produzido por “nós”, como algo construído coletivamente, diferente da arte que assume um caráter mais subjetivo e vai representar as características de determinado autor que a assina, nesse sentido a ciência pode ser percebida como o ato de “tratar” enquanto a arte assume o “cuidar”. A partir dessa reflexão podemos questionar o motivo de a arte ter no decorrer das transformações da medicina, perdido certo espaço que ocupava anteriormente ao lado da ciência.

No artigo “O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde” (2004) Emerson Elias Merhy propõe uma reflexão acerca do objeto da igreja, que para muitos poderá ser entendido como a salvação das almas daqueles que frequentam a instituição, entretanto Merhy aponta que, na verdade, embora a salvação seja o objetivo final, o que tomamos como objeto será os processos que irão ser desenvolvidos para chegar à salvação. Na oferta da saúde, ou seja, no SUS o objetivo é sim a cura, a promoção e/ou prevenção à saúde, entretanto tão importante quanto chegar a esse objetivo é o trajeto a ser desenvolvido até ele, e é nesse trajeto que deveremos potencializar o elemento cuidado, é a partir dele que o objetivo final será atingido com excelência.

Buscando uma perspectiva reconstrutiva do cuidado, Ayres (2005) assume que para uma melhor assistência clínica os profissionais devem fugir de uma “objetivação dessubjetivadora”, o que significa que o modelo terapêutico atual vem assumindo uma posição obcecada pelo “objeto de intervenção”, que podemos ler como a doença/cura, e a partir dessa obsessão trocas e percepções mais amplas a respeito do usuário podem escapar. A partir disso, Ayres apresenta três aspectos necessários para a transformação das ações de saúde que poderão chegar na humanização e que configuram o cuidado.

A primeira delas é a ampliação do espaço de diálogo entre profissional de saúde e usuário, embora pareça uma das mais básicas condições de saúde, a capacidade de

escuta e de promover uma relação de fácil comunicação não parece ser uma tarefa frequente na medicina atual, Caprara e Rodrigues (2014) apontam que a medicina deverá resgatar os elementos subjetivos da comunicação entre médico-paciente, pois essa relação subjetiva, ao ser assumida pela psiquiatria, acabou por ser deixada de lado pela medicina. Para pensar uma comunicação exitosa, o acolhimento poderá ter destaque na proposta de humanização, sendo uma das tecnologias de saúde com grande potencialidade para o exercício da escuta com qualidade e é nesse momento que o profissional poderá mostrar-se ao paciente como alguém sensível, disposto a ouvi-lo como um ser inteiro. Cabe lembrar, que ao falarmos de comunicação não é apenas a escuta que deve ser avaliada, mas a forma de linguagem que será destinada ao usuário, o respeito às diferenças no vocabulário, são práticas tão importantes quanto o cuidado e também o configuram.

O segundo aspecto apontado por Ayres é a assunção e o compartilhamento de responsabilidades. Para possibilitar um espaço terapêutico perpassado por uma boa escuta, antes de qualquer movimento, é necessário que haja o desejo do profissional para isso, partindo desse desejo haverá o comprometimento e a responsabilidade para com o papel que se está ocupando. Ocupar o espaço clínico é ter em mão a possibilidade de ajudar (ou não) no desenvolvimento de diversos projetos de felicidade, e para isso é necessário um engajamento e uma pré-disposição para a construção de um vínculo com o paciente que irá muito além do que as características biológicas e funcionais do mesmo.

E por último aspecto, mas não menos importante, há a necessidade de reconstrução de identidades. Ayres (2006) afirma ser impossível refletir sobre cuidado e humanização da saúde sem pensar nesse aspecto, pois ao agir com responsabilidade diante/com um paciente está sendo feito algo “em função de”, ao fazer isso o profissional está deixando o lugar que ocupava minutos atrás para estar se movimentando em busca do bem estar do paciente. Usando um exemplo do mesmo autor em outro momento do texto, se um paciente chega ao serviço de saúde com uma crença da qual o médico que o atende não compartilha, o profissional poderá então recorrer a duas alternativas: manter-se em seu local de conforto, no qual o seu saber médico condena e silencia a crença do usuário; ou, mesmo não compartilhando a crença, esse profissional poderá tentar entender os aspectos que a fundamentam, para de uma maneira produtiva, ambos pensarem em estratégias que possam ir ao encontro de um viver mais saudável. O profissional que adota a segunda alternativa terá mais chances de construir um vínculo com o paciente e de exercer o cuidado.

3.5 - Fala-em-interação, alguns aspectos conceituais

Pensar relações humanas inevitavelmente remeterá à comunicação, elemento inerente à condição humana. Mesmo que as formas de comunicação tenham sido modificadas e/ou aprimoradas ao longo do tempo, é um processo sempre presente, que

dá sentido e evidencia as interações entre as pessoas. Nesse sentido, existem alguns trabalhos que buscaram entender esse elemento vivenciado diariamente que é a comunicação. Autores de diferentes áreas iniciaram o levantamento das formas de comunicação e linguagem. Buscando compreender a história da análise da conversação, Frazão e Lima (2017) destacam algumas destas áreas, como a psicologia, a sociologia, a etnologia, a etnografia, a antropologia e a sociolinguística. As autoras pontuam que os enfoques psicológico e psiquiátrico, o enfoque etnossociológico, a abordagem linguística e a abordagem filosófica são os quatro aspectos que demarcam as origens do que se chama hoje de Análise da Conversa (AC).

O estudo da interação face a face possibilita o entendimento de que esta constitui caráter estruturante da ordem social (SELL, 2007). A partir da conversação, é possível identificar a negociação de identidades, a hierarquia existente entre os falantes e estabelecer compreensões de diferentes papéis sociais que são reproduzidos durante a interação. Além disso, existe uma normativa que rege o processo de comunicação, processos vivenciados naturalmente na ocorrência das conversas sem que haja um dispêndio social para instruir os locutores para esse processo, mas compõem sempre as interações.

A fala-em-interação, uma perspectiva teórico metodológica da Análise da Conversa (AC), observa interações naturalísticas ou conversas em contextos cotidianos, mundanos ou institucionais, como as de consultórios de profissionais da área da saúde. Por dados naturalísticos, entende-se todo o material coletado de qualquer encontro social que aconteceria independentemente de haver uma pesquisa em curso, ou seja, os dados obtidos nesta abordagem não são produzidos laboratorialmente. A fala é entendida como “uma forma de ação social, isto é, como uma maneira de fazer coisas no mundo” (OSTERMANN, 2012, p. 34). Diante disso, a Análise da Conversa procura estudar as falas das pessoas, aquilo que sobe à superfície e se materializa em palavras, não seus pensamentos, intenções, emoções, crenças, ou experiências de vidas, pois a isso não se tem acesso nesta abordagem (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

A conversa é uma ação organizada que permite aos falantes se comunicarem, orientados por uma maquinaria que faz parte das regras de uma interação, mesmo que as pessoas não se deem conta disso. Para realizar pesquisas usando a AC, analisam-se interações naturalísticas, que, como já foi dito, ocorrem em ambientes cotidianos, sem o uso de entrevistas ou coletas formais de dados, e não usando categorias pré-estabelecidas, mas, sim, a perspectiva êmica, em que os padrões e categorias emergem a partir dos dados coletados, privilegiando, assim, a perspectiva dos atores sociais envolvidos na ação e não de teorias sociológicas apriorísticas (SILVA; ANDRADE; OSTERMAN, 2009).

Assim, a AC examina como as ações de um participante, expressas por seus enunciados, afetam as ações do outro. Foca as conversas produzidas de modo independente das ações do pesquisador, no caso deste estudo, as interações entre dois médicos pertencentes ao Programa Mais Médicos (PMM) e usuários(as) durante

consultas realizadas na Atenção Primária em Saúde (APS). Com a análise de interações naturalísticas, é possível verificar como os participantes compreendem uns aos outros, como respondem aos turnos de fala, como interpretam o que o outro diz e como se orientam em relação ao acontecimento em questão (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

As normas interacionais durante a comunicação entre uma ou mais pessoas permitem o uso de diferentes recursos comunicacionais. Um exemplo é a alternância no sistema de tomada de turnos (SACKS, 1992), compreendido como o momento de fala de cada participante da interação, ele pode ser desencadeado por meio de uma convocação de outro participante, seja por meio de palavras, entonação de voz, também pode ser determinado por um comportamento não verbal, como algum sinal físico que dê a palavra ao outro ou por meio de auto seleção dos falantes.

A AC utiliza como elementos de análise uma série de mecanismos conversacionais, os quais, mesmo que os falantes não percebam, fazem parte das convenções seguidas durante a conversação. Entre eles: a tomada de turno, a sequencialidade, os pares adjacentes e os reparos realizados durante as interações.

Os turnos de fala constituem uma regra implícita nas conversações, de modo que as falas produzidas em ambientes naturalísticos são organizadas em turnos, nos quais se alternam as falas em que cada falante utiliza o(s) seu(s) turno(s) durante uma conversa. Assim, a tomada de turnos apresenta-se pela “ordenação de regras observadas na organização da fala interacional sob o ponto de vista da alocação das oportunidades de falar” (FREITAS; MACHADO, 2008, p.59). Pode-se dizer ainda que a tomada de turnos constitui um dos pilares da AC, um modo de operação básico para a conversa que pode ser flexível, mas é invariável em relação aos participantes.

Para Sacks, Schegloff e Jefferson (1974), a tomada de turno na fala-em-interação é compreendida pela exposição ordenada das falas dos participantes de modo que seja possível estabelecer uma conversa. Esses autores observaram que qualquer conversa segue uma série de princípios, descritos a seguir a partir do texto de Silva, Andrade e Ostermann (2009, p.3):

- (1) A troca do falante se repete, ou pelo menos ocorre.
- (2) Na grande maioria dos casos, fala um de cada vez.
- (3) Ocorrências de mais de um falante por vez são comuns, mas breves.
- (4) Transições (de um turno para o próximo) sem intervalos e sem sobreposições são comuns. Junto com as transições caracterizadas por breves intervalos ou ligeiras sobreposições, elas perfazem a grande maioria das transições.
- (5) A ordem dos turnos não é fixa, mas variável.

- (6) O tamanho dos turnos não é fixo, mas variável.
- (7) A extensão da conversa não é previamente especificada.
- (8) O que cada um diz não é previamente especificado.
- (9) A distribuição relativa dos turnos não é previamente especificada.
- (10) O número de participantes pode variar.

(SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974)

Partindo desses pressupostos, os autores compreenderam que a fala-em-interação social produzida pelas pessoas pode variar quanto ao conteúdo do turno (o que dizem), a forma (como o dizem) e duração (tempo que levam dizendo).

A tomada de turno envolve dois turnos de fala, ou seja, para o primeiro turno de conversa (que pode ser uma saudação, pergunta ou asserção) espera-se uma resposta do interlocutor. Assim, para uma saudação, espera-se que o interlocutor retribua o cumprimento, para uma pergunta, que haja uma resposta, embora também possa haver silêncio, o que indica uma quebra do procedimento habitual e uma resistência do respondente (SELL, 2012). O turno de resposta pode compreender também um sinal corporal, um aceno de cabeça, indicando concordância ou discordância, um sinal de mão que diz tudo bem, ou mesmo, uma injúria.

Outro elemento importante na maquinaria da conversação é a sequencialidade, que se refere ao fato de que as ações constituídas pelo uso da linguagem em interação social são organizadas em sequência de turnos de fala produzidas por diferentes participantes, de modo que quando um participante fala, ele leva em conta o que o outro participante da conversa disse anteriormente e assim sucessivamente (LODER; SALIMEN; MULLER, 2008). Dessa maneira, a emissão de uma pergunta, por exemplo, significa que, na sequencialidade, a ação esperada no turno de fala que segue é uma resposta. Desta forma, não ocorre apenas uma sequência de turnos de fala, mas uma sequência de ações, que constituem a organização sequencial de ações interacionais produzidas conjuntamente pelos falantes (reclamar, elogiar, perguntar, etc.). Mudanças abruptas no conteúdo ou forma de expressão atestam uma quebra na sequencialidade e deveriam ser precedidas de preâmbulos indicando que haverá mudança no rumo da conversa.

A organização sequencial da conversação é o que produz o sentido da interação, e acontece porque as pessoas envolvidas numa conversa produzem, com competência, enunciados alternados de modo inteligível. Outro aspecto, ligado à sequencialidade, refere-se à organização das sequências de enunciados que ocorre no sistema de troca de turnos, envolvendo a alocação, distribuição e coordenação dos turnos, assim como na especificidade do sentido de cada um deles. O sistema sequencial de troca de turnos também envolve a análise do próximo turno pelo interlocutor que toma o turno subsequente e vai constituindo o nexos e a trama da

conversa, possibilitando, inclusive, mudanças de tópico (WATSON; GASTALDO, 2015).

Os turnos de fala devem ser analisados como partes componentes de uma configuração sequencial, e não como elementos estanques, de modo que um mesmo enunciado pode desempenhar diferentes ações dependendo do lugar em que foi produzido na sequência interacional e mesmo da maneira como foi expresso, o que significa que toda a fala deve sempre ser interpretada no seu contexto de produção (LODER; SALIMEN; MÜLLER, 2008).

Os pares adjacentes são constituídos por dois turnos: a asserção de um primeiro falante seguida de outra, enunciada pelo segundo, que representa o complemento adjacente. Pode-se dizer que as interações sociais são pareadas, e esse pareamento forma uma unidade de sequência mínima originada pela alternância de turnos produzidos por diferentes falantes (LODER; SALIMEN; MULLER, 2008).

Os pares adjacentes mostram uma ordem relativa, de modo que se a primeira parte do par for uma oferta, a segunda parte deve ser uma aceitação ou recusa. As partes de um par devem exibir relações discriminativas, ou seja, a primeira e segunda parte do par devem ser do mesmo tipo e, cada tipo de par deve ter propriedades específicas que são convencionalmente relacionadas, mantendo entre si relevância condicional, de modo que a primeira parte do par torna a segunda relevante (WATSON; GASTALDO, 2015).

Há vários exemplos de pares adjacentes de uso corriqueiro, como, por exemplo, as sequências de pergunta/resposta; convites ou ofertas/aceitação ou recusa; saudação/saudação de retorno e avaliações seguidas de concordância ou discordância. A primeira parte do par adjacente direciona ao tipo de resposta esperada e se a segunda parte não é fornecida na sequencialidade da conversa, sua ausência gera consequências interacionais com as quais os participantes têm que lidar, havendo necessidade de uma explicação ou justificativa (SILVA, ANDRADE, OSTERMANN, 2009).

Em um consultório médico, uma interação institucional em que há uma hierarquia de poder entre profissional e paciente, o profissional tem a prerrogativa de formular as perguntas, incluindo perguntas polares (cuja resposta é sim ou não) e que, de certa maneira, demandam respostas preferidas. Uma interrupção do paciente para fazer uma pergunta, assim como a apresentação de uma questão que o médico considere irrelevante, pode ser ignorada e não respondida pelo médico (SEGER, 2007). É importante, contudo, lembrar que, na perspectiva da AC, as identidades sociais são sempre negociadas e precisam da ratificação dos interlocutores, ou seja, o paciente pode não se orientar para a autoridade do médico, desafiando essa hierarquia.

A expressão de continuadores (hahã, sim, ok) também corresponde a um turno de fala e são considerados parte da “escuta ativa”, quando emitidos por profissionais de saúde, durante uma entrevista clínica (SEGER, 2007), embora dependam do contexto e,

em outras ocasiões, possam estar indicando que o interlocutor está encerrando a conversa.

Por fim, o reparo é um elemento a ser analisado que acontece quando, em uma interação, os participantes encontram problemas na explicação ou no entendimento do que foi dito, havendo quebra do fluxo da conversa. O reparo corresponde, então, ao momento em que os participantes suspendem a contiguidade da interação para lidar com problemas da ordem da fala, como mal entendidos, questões relativas à audição ou ao entendimento. O reparo pode ser feito: a) pelo falante corrente (autoreparo), ou b) pelo ouvinte (reparo iniciado por outro) e, ainda, o reparo pode ser iniciado por um falante e concluído pelo outro (SILVA; ANDRADE; OSTERMAN, 2009).

Além destes, a AC fica atenta aos silêncios e pausas, às hesitações, ao aumento ou a diminuição na intensidade da voz, ao prolongamento de sílabas ou partes das palavras, às interrupções da fala do outro ou as sobreposições (quando duas pessoas falam concomitantemente). Além disso, outros recursos são observados, tais como a ocorrência de formulações (quando uma pessoa descreve a ação que ela mesma ou seu/sua interlocutor(a) está realizando), justificativas e atribuições causais feitas pelos participantes da conversa, afiliação/desfiliação, um conceito que diz respeito à maneira como o interagente concorda ou discorda com uma fala ou posição do seu interlocutor, podendo incluir a ocorrência de desqualificações das atribuições causais ou de outros elementos presentes nas falas dos e das falantes. Importante ter em mente que, na maquinaria da conversa, os interlocutores estão sempre atentos ao que está em jogo no momento interacional, ou seja, cada movimento interacional é situado e contextualmente informado (fincado no que está acontecendo no aqui e no agora).

4- Metodologia

4.1- Tipo de Estudo

Este é um estudo de abordagem qualitativa (DENZIN, LINCOLN, 2006; MINAYO, 1998) que estuda o cuidado na atenção prestada a mulheres por médicos cubanos vinculados ao Programa Mais Médicos.

Para Denzin e Lincoln (2006, p. 21) a pesquisa qualitativa é:

“ um campo inter ou transdisciplinar, com foco multiparadigmático, múltiplos métodos, perspectiva naturalista e compreensão interpretativa da experiência humana. Trata-se de um campo eminentemente político influenciado pelas múltiplas posturas éticas e políticas. É atraída por uma sensibilidade interpretativa, pós-experimental feminista e crítica” [antirracista, acréscimo nosso].

As falas em interação serão analisadas sob a perspectiva da Análise da Conversa, que entende a fala como uma forma de *ação social* – isto é, como uma maneira de fazer coisas no mundo (LODER, YOUNG, 2009; OSTERMANN E MENEGHEL, 2012; WATSON, GASTALDO, 2015). A Análise da Conversa examina como as ações de um participante, desempenhadas por seus enunciados e outros comportamentos, afetam as ações do outro. Esse aporte teórico-metodológico focaliza na “fala espontânea”, que pode ser definida como aquela produzida de modo independente de ações do pesquisador, neste caso as interações entre profissionais de saúde e pacientes mulheres que ocorrem durante consultas médicas. Com a análise de interações naturalísticas, é possível verificar como os participantes compreendem uns aos outros, como respondem aos turnos de fala, como interpretam o que o outro diz, como significam de forma coordenada o evento social em ação e como se orientam para o que está acontecendo. Reconhecendo a fala ordinária como um evento altamente organizado e situado, as análises microinteracionais permitem identificar as estruturas macrossociais, pois os falantes trazem para a arena da fala toda a ordem social e moral, atualizando-a e negociando-a com o parceiro interacional a cada novo encontro social.

Para entender como se dá o cuidado entre profissionais do PMM e usuárias serão focados aspectos referentes ao acesso comunicacional, ao acolhimento e ao vínculo. A análise das falas das consultas observadas e gravadas segundo os pressupostos da AC objetiva identificar as atividades conversacionais em suas variadas situações. Essas situações podem ser interrupções da fala do outro, silêncios em relação às perguntas, desqualificações das atribuições causais ou de outros elementos presentes nas falas das usuárias. Também pode ocorrer culpabilização, desqualificação da queixa ou de pedidos, entre outros. As falas serão analisadas em busca de padrões ou de eventos/asserções/proposições que se repetem, objetivando entender como se processa (ou não) o cuidado na consulta médica. Atenta-se para as omissões, as lacunas e os

silêncios, assim como para as pausas, falas coconstruídas, falas simultâneas, falas de entonação ascendente ou descendente, risadas, continuadores, perguntas polares e outros fenômenos interacionais (SACKS, 1992; SILVERMAN, 2001).

4.2- Cenários da Pesquisa

O estudo acompanha consultas realizadas por médicos cubanos ligados ao PMM, ocorridas no ano de 2016 (junho-agosto) em duas unidades de saúde, tipo Estratégia de Saúde da Família (ESF) , situadas em bairros populares da cidade de Porto Alegre. Uma das ESFs pertence à Gerência Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas e a outra à Gerência Norte/ Eixo Baltazar. As consultas são categorizadas com as iniciais MH para médico homem e MM para médica mulher, as pacientes são nomeadas pelas iniciais PM (paciente mulher) e um número para designá-las mantendo o sigilo da pesquisa, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 – Consultas segundo médico, paciente atendida e duração, Porto Alegre, ano da coleta 2017.

Consulta	Profissional	Usuários	Duração
1	MH	PM1	12 minutos e 45 segundos
2	MM	PM2	17 minutos
3	MM	PM3	24 minutos e 39 segundos
4	MM	PM4	21 minutos e 59 segundos
5	MH	PM5	11 minutos e 19 segundos
6	MM	PM6	14 minutos e 13 segundos
7	MM	PM7	6 minutos e 9 segundos
8	MM	PM8; PM9	32 minutos
9	MH	PM10	13 minutos e 52 segundos
10	MH	PM11	24 minutos e 25 segundos

Fonte: A autora (2020)

4.3- Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo são dois médicos do PMM, um do sexo masculino e uma médica do sexo feminino, ambos cubanos, que atuavam na Atenção Básica em Porto Alegre, no ano de 2016 e dez mulheres atendidas em consultas por estes dois médicos. Obtida a permissão para a realização das entrevistas, junto à coordenação das ESFs e dos médicos, foi imediatamente realizada a etapa de observação e gravação das consultas, devido aos rumores de que o PMM sofreria mudanças e pela possibilidade de que os médicos saíssem do país. Desta maneira, foram observadas e gravadas as conversas produzidas em quatro consultas realizadas pelo médico e em seis consultas realizadas pela médica. Os áudios foram transcritos usando as convenções da Análise da Conversa (OSTERMANN, 2013).

Uma das consultas que compreende a interação entre a médica e um paciente masculino foi descartada, de modo que o corpus da pesquisa compreende um total de dez consultas entre médico ou médica e mulheres que buscaram os serviços. A maior parte das mulheres eram maiores de 18 anos, já se tratavam com o(s) profissionais, com a exceção de uma paciente de 14 anos acompanhada da irmã responsável

4.4- Fontes de Informação e Geração de Dados

A geração de dados compreende a observação de dez atendimentos médicos prestados por dois profissionais do Programa Mais Médicos, com gravação em áudio das falas produzidas em interações naturais, durante as consultas médicas.

Os dados produzidos neste estudo foram analisados destacando-se elementos linguísticos presentes nas conversas. Emergiram da análise duas categorias principais: a relação médico-paciente como categoria central para análise do cuidado e processos de medicalização.

4.5- Aspectos Éticos

A ética da pesquisa considera vários planos de atuação: (a) o consentimento informado elaborado com termos e linguagem especiais para abordar as mulheres e profissionais de saúde; (b) a negociação de entrada em campo, respeitando o tempo e as peculiaridades de cada serviço, (c) as observações de atendimento foram pactuadas caso a caso com os profissionais e com as usuárias, assegurando total confidencialidade do ambiente da consulta, tanto da identificação das usuárias e dos profissionais quanto de conteúdos que possam expor os participantes.

A pesquisa não causou nenhum risco e a decisão de não participar dela não implicaria nenhum problema quanto ao acesso aos serviços prestados pela unidade de saúde, embora não tenha havido esta situação. Todas participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebendo informações acerca dos procedimentos da pesquisa e os médicos aceitaram inteiramente a proposta da pesquisa, salientando que em Cuba, todos os espaços das instituições de saúde são espaços de educação em serviço, portanto absolutamente abertos à circulação de estudantes e professores e disponíveis para sediar pesquisas eticamente aprovadas.

Esse estudo faz parte da pesquisa maior denominada “Equidade de gênero no atendimento de profissionais do Programa Mais Médicos” (MENEGHEL, 2016) aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem/UFRGS e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer 23752/Plataforma Brasil).

5. A relação médico-paciente como categoria central para análise do cuidado

Conhecendo os elementos que configuram a humanização em saúde, entendendo os aspectos do cuidado a partir da bibliografia que nos impulsionou até aqui, neste capítulo apresentaremos excertos das consultas observadas, propiciando a discussão a partir de sua análise, bem como abrindo espaço para a apresentação de alguns conceitos que são parte do processo da linguagem enquanto agente construtor/possibilitador de identidades dentro de um contexto de interação social.

Até aqui, mencionamos inúmeras vezes a importância da relação médico-paciente para alcançar êxito no cuidado em saúde, entretanto, é importante um aprofundamento em seu significado. Cabe dizer que, embora a saúde coletiva brasileira tenha optado por usar a denominação *profissional da saúde-usuário* em vez do tradicional médico-paciente, pressupondo a atenção à saúde na sua integralidade e não apenas o cuidado ao doente que o termo paciente remete, neste texto, assim como outros autores (Meneghel, Ostermann, 2012), optamos por utilizar a terminologia *médico-paciente*, devido ao caráter êmico da análise da conversa, que usa os termos a partir do ponto de vista dos participantes, que usualmente se denominam a si mesmos como “pacientes”.

Caprara e Franco (1999, 2006) perceberam que, embora a discussão a respeito da interação médico-paciente esteja presente em muitos textos que se propõem a analisar as práticas da saúde, o conceito do termo “relação” não é discutido. As autoras realizam uma busca conceitual que atravessa as áreas da psicologia e da filosofia, áreas que, segundo elas, abordam o significado das relações com mais profundidade.

Das diversas explicações filosóficas e psicológicas a respeito do que podemos afirmar enquanto “relação” adentraremos em duas das contextualizações apresentadas por Caprara e Franco, as quais apontam elementos que potencializam a reflexão acerca da relação médico-paciente. A primeira consiste na compreensão de Bronfenbrenner (1998) de que relações se distinguem por meio de três formas, a presença física, a participação ou a presença fenomenológica dos membros. O autor faz uso justamente dos serviços de saúde para ilustrar as três situações, a presença física dá-se de forma simples, como, por exemplo, a situação da sala de espera de uma unidade de saúde, a

presença material do paciente, em si, já remete uma implicação de relação com os funcionários que o veem e são vistos por ele; a participação poderá ser exemplificada por meio do chamamento desse paciente e atendimento/aconselhamento do profissional de saúde e, a relação orientada pela presença fenomenológica ganha destaque para nós, que objetivamos, neste estudo, pensar a efetividade do cuidado nas consultas, já que Bronfenbrenner vai significar essa situação como a relação orientada por princípios, sem necessariamente a presença física dos dois (ou mais) membros que a constituem. Essa distinção de relação poderá ser observada na adesão, ou não, de um tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Posto essas distinções, avancemos para a próxima explanação, que em muito se relaciona com esta primeira.

A segunda explanação a respeito da contextualização do termo “relação” tem sua origem no filósofo Martin Buber (1982), o autor propôs o conceito de comportamento dialógico que entende que os membros de uma relação devam se reconhecer como influenciadores uns dos outros, desenvolvendo a consciência e responsabilidade que suas ações no contexto das relações têm sobre e com a vivência do outro. Assim, consciente desse processo dialógico, tendo entendimento de que o outro não é um objeto, mas sim um parceiro dentro da situação, é que se configura uma relação.

Pensando nas relações médico-pacientes, quando os membros da relação se percebem em um processo mútuo de parceria, conscientes da implicação de suas ações no/com o outro, como orienta Buber, será possível a consistência na relação orientada pela presença fenomenológica proposta por Bronfenbrenner, de modo que essa relação seja imprescindível para efetivar o processo de cuidado.

A análise que segue será realizada em relação às dez consultas realizadas por dois profissionais do PMM e gravadas, no final do ano de 2017. Trata-se de um estudo de fala formal ou institucional que ocorre em instituições sociais, como o serviços de saúde, o sistema jurídico ou o educacional. Os sistemas de troca de falas institucionais são adaptados para atender funções em contextos especializados, geralmente resultando em um padrão de pergunta-resposta-pergunta. Nas consultas médicas é comumente usado um esquema comunicacional que se chama IRA, constituído de três momentos: iniciação – resposta – avaliação. Os sistemas também envolvem conhecimento especializado, produzindo uma assimetria, que, no caso da consulta médica, resulta de que o médico possui mais conhecimento do que o paciente, que, por sua vez, conhece

mais sobre sua doença, situação que o médico só acessará por meio do relato do paciente (WATSON, GASTALDO, 2015).

Nosso ponto de análise inicial, ao olharmos para o corpus dessa pesquisa, é o período de duração de cada consulta observada. A média de tempo das dez consultas realizadas pelos profissionais do Programa Mais Médicos foi de 17,6 minutos, corroborando com o estudo realizado por Mendes *et al.* (2012) que observou uma duração média de 18 minutos para consultas em unidades de saúde da família e de 13 minutos para consultas em unidades de saúde tradicionais em seu estudo sobre acessibilidade no SUS. O tempo de duração da consulta não necessariamente é uma ferramenta de análise do cuidado, mas é importante para que possamos contextualizar de forma ainda mais detalhada as consultas, para isso as consultas foram apresentadas na metodologia com seu tempo de duração.

Ao identificarmos a duração das consultas de acordo com os médicos que as realizaram, podemos observar que as consultas da médica tiveram uma duração média maior (19,2) do que as do médico 15,3. Poder-se-ia indagar se o tempo médio maior de consulta dispendido pela médica indicaria uma preocupação em colocar as pacientes à vontade para efetuar perguntas ou a própria médica, pelo fato de ser mulher, tenha usado mais tempo no trabalho interacional, como já observado por outros autores (FISCHMAN, 2010). Para Pamela Fischman (2010), as mulheres, mais do que os homens, costumam realizar o trabalho “sujo” da conversação, por meio de perguntas, suporte e marcadores de atenção para iniciar novos tópicos, atuando ativamente para a manutenção e continuação da conversa.

Essa diferença entre o tempo de consulta de profissionais do sexo masculino e feminino foi também observada no estudo de Nogueira (2002), que objetivou avaliar a perspectiva de médicos e pacientes sobre a duração das consultas médicas em cinco extensões do Centro de Saúde Odivelas em Portugal. De qualquer maneira, é importante salientar que consultas para solicitação ou apresentação de exames, para prescrição de medicações de uso contínuo ou solicitação de atestados possuem duração menor, diminuindo a média do total das interações.

Sobre o acolhimento inicial do médico ao paciente, Caprara (2007) apresenta alguns estudos que revelam a postura pouco acolhedora de médicos para ouvir a exposição e as queixas de pacientes a respeito dos motivos que os levaram à consulta.

Beckman e Frankel (1984) revelam que 65% dos pacientes foram interrompidos depois de 15 segundos de fala durante a consulta, Marvel *et al.* (1999) observaram uma média de 23 segundos para o paciente expressar suas queixas em 76% dos casos acompanhados, havendo interrupção do profissional após este tempo. Os profissionais dessa pesquisa apresentaram um comportamento que não se enquadra a esses padrões descritos pelos estudos mencionados e, em nenhuma das consultas houve a interrupção da fala da paciente no momento de sua queixa inicial:

Excerto 1 – Consulta 1

- 1 MH: e aí marta (0.6)
 2 MH: >>vamos ver<< (19.1)
 3 MH: faz ↑te:mpo ↑hein marta (1.5)
 4 PM1: se faz ↑tempo:? (.)
 5 MH: ↑sim faz tempo <que [a gente não se] ↑vê>
 6 PM1: [fa:::z] (.)
 7 PM1: fa:::z ↑te::m[po]
 8 MH: [ba]: (0.5)
 9 MH: ne- nem lembro a última consulta- ↑ne:m tá:aí
 <escrito> hh (0.4)
 10 PM1: pra ↑ve:r >que faz< [↑te:mpo]
 11 MH: [{{rindo}} >não
 apare↑ceu<}]no <prontuário> (.)
 12 PM1: >eu vim< porque eu fiz a mamogra↑fi:a (0.4)
 13 MH: a mamografi:a? (.)
 14 PM1: [si::m]

O primeiro excerto, referente à primeira consulta observada do médico, apresenta o diálogo inicial, que geralmente corresponde a uma saudação e pergunta sobre os motivos da visita. O profissional, em tom amigável, abre o diálogo demonstrando lembrar-se da paciente, mas questiona o longo período desde sua última consulta no serviço de saúde (linha 5); “faz tempo, hein marta”. A paciente confirma o longo tempo e o médico usa ferramenta de reparo para seguir a fluidez da conversação (linha 9) “nem apareceu no prontuário”, como para explicar a expressão inicial de “faz tempo, hein”, querendo reparar (autoreparo) o que poderia ser considerado uma crítica ou uma repreensão. A paciente inicia o diálogo a respeito do motivo que a levou até a

unidade (linha 12), podemos perceber que não há interrupção, já que a fala do médico ocorre após 4 segundos de silêncio.

Excerto 2 – Consulta 2

1 MM: E aí Ivani, tudo bem?

(0'17)

2 PM2: Tudo, tudo, quer dizer, mais ou menos, a minha, uh, tá com um papelzinho no bolso, a minha glicemia que tá um pouco alterada, ai, eu até medi duas vezes aqui pra, pra ver.

(0'20)

3 MM: Mas esse controle a senhora fez em jejum, ou já tinha...?

(0'34)

O segundo excerto, retirado da consulta de número 2 da médica, demonstra uma espera de 20 segundos por parte da profissional após a fala da paciente para iniciar seu turno de fala. Esse tempo remete ao processo de escuta e assimilação do que está sendo exposto pela outra pessoa da interação.

A experiência dos minutos iniciais da consulta possui suma importância, já que, em muitos casos, define qual o rumo da conversa estabelecida entre profissional/usuário. A escuta atenta e sensível nesse momento, principalmente, favorece a construção da relação médico e paciente baseada na confiança. E a construção do vínculo será potencializador do processo de felicidade do paciente. Um projeto de felicidade que será conduzido não só pelo cuidado morfofuncional, mas, como descreve Ayres (2001), um projeto que compreende a situação existencial humana de estar permanentemente “lançado a algo”. Projeto construído a partir das diversas condições da vida humana, suas possibilidades, história e cultura, e estar atento a multiplicidade dos pacientes, entendendo que cada projeto é único e deverá ser seriamente interpretado e auxiliado pelo fazer médico.

Outro aspecto importante que podemos constatar nos excertos 1 e 2 é o cumprimento dos médicos às pacientes, de forma descontraída (eai), o que possibilita uma quebra de gelo em um ambiente formal e, principalmente, a proximidade quando o “eai” é sucedido pelo primeiro nome.

Além da necessidade de uma postura de cuidado e respeito nos momentos iniciais da consulta, mas não apenas nesses momentos, entender o espaço clínico como

um espaço de cuidado continuado é importante para a relação médico-paciente. Na pesquisa atual, o corpus é formado por consultas não iniciais, ou seja, os pacientes já haviam realizado consultas anteriores com os mesmos profissionais.

Excerto 3 – Consulta 3

1 MM: tá- tu me lembra qual foi o motivo pelo qual pedimos os

e↑xames? (.) tava com dor na coluna, alguma [↑coisa]

2 PM3: [mu:ita] do:r e

continu:o

(0.4)

No excerto 3, percebemos que, mesmo antes de a paciente afirmar o motivo da ida ao serviço de saúde, a médica lembrou da consulta anterior e pede para a paciente relembrar o motivo da solicitação dos exames, sugerindo que poderia ter sido dor na coluna. A continuidade do cuidado pode ser observada nesse exemplo, colocando o paciente em um lugar de integralidade e não de um sintoma, não de um trauma, e sim uma pessoa inteira. A partir da interação que evidencia o protagonismo da paciente na relação com o médico, pode-se pensar em uma maior responsabilidade em seu plano singular terapêutico. Se, hipoteticamente, a paciente tivesse sido esquecida, todo o esforço comunicacional da consulta anterior teria que ser repetido. A fala sobreposta, pode indicar que a paciente, ao perceber que sua história foi lembrada pela profissional, sentiu-se confiante para continuar seu turno de fala imediatamente, sem pausas, hesitações ou silêncios.

Excerto 4 – Consulta 4

1 MM: >tá<. (.) há quanto te:m:po tu tá assi:m? (.)

2 PM4: já há três meses (.)

3 MM: três [<meses>.]

4 PM4: [u:↑hu:m] (.)

5 MM: .hhh tu trabalha:::=

6 PM4: =[>trabalho<]

[fazen]↓do- (.)

7 MM: [>fazendo o quê?<]

8 PM4: [co:zi:nha] (0.8)

9 MM: na [cozi:nha?]

- 10 PM4: [eu aju:]da=
 11 MM: =>ãhã< na cozi:nha (.)
 12 MM: tu carrega muito ↑pe:so:=
 13 PM4: =qua- (0.4)
 14 PM4: qua- ã- ↑carre:go e >essa semana< quei↑mei a minha ga:ta
 >com a< pa↑nela que eu fui tirar do fogão (0.6)
 15 PM4: e: ela tava: ↑perto de mi:m ↑né: >e daí< eu perdi o tato
 ↓dessa mã:o. (0.4)
 16 MM: >e há quanto tempo< tu trabalha: cozi↑nha:ndo,
 assi:m (0.6)
 17 PM4: ↑a já faz anos (.)
 18 MM: ANOS (.)
 19 PM4: anos.

No excerto 4, a médica faz uma série de perguntas, buscando informações sobre as atividades de trabalho da paciente. A queixa (dor na mão) é apresentada, então a médica inicia uma investigação para entender a origem e os fatores que podem estar causando a situação. O entendimento dos determinantes mais distais ligados ao desgaste laboral para além do diagnóstico de tensão na mão é notório, e mais um indicativo de cuidado integral. Entretanto, é importante perceber que a médica não valorizou a fala da paciente quando ela cita o incidente com seu gato para exemplificar o quanto houve perda de função pela dor. Essa desconsideração, possivelmente, reafirma o papel do profissional em selecionar os assuntos que serão considerados e aqueles que, por diferentes razões não são relevados e/ou respondidos..

Cumprе considerar que a relação médico-paciente é uma relação hierárquica, na qual o profissional possui mais poder, nesta relação assimétrica é o médico que faz o maior número de perguntas, estabelece e muda o assunto da conversa, determina a pauta da consulta (abertura, anamnese, exame físico e fechamento), faz o diagnóstico e prescreve o tratamento. Também é ele quem decide se expõe seu diagnóstico em detalhes, se explica o efeito dos remédios ou se encaminha o paciente para exames (FISCHER, 1984; SEGER, 2007).

A consulta médica compreende a anamnese ou a escuta da história do(a) paciente, que pode se limitar ao motivo da queixa e a realização do exame físico, ou a avaliação clínica do corpo para além da escuta. Uma avaliação de pacientes atendidos

na atenção primária em relação ao exame físico realizado pelos médicos mostra que muitos se queixam de que o profissional, muitas vezes, nem mesmo os olhou (GOMES et al, 2012).

Os avanços tecnológicos da medicina influenciam a realização, ou não, do exame físico, que segue constituindo uma das ferramentas necessárias para o diagnóstico. Em pesquisa realizada em Minas Gerais, Neto *et al.* (2007) constataram que 60,5% dos pacientes não acreditam em diagnósticos baseados apenas na consulta e nos exames físicos realizados pelo médico, eles validam os diagnósticos apenas a partir de exames complementares. Porém, o uso excessivo de exames e *check ups* vendendo uma possível saudabilidade faz parte da mercantilização da medicina e não significa, necessariamente, uma prática eficiente.

Em relação ao exame físico, o médico precisa orientar o(a) paciente de como será realizado, se há necessidade de despir-se ou de se posicionar de determinadas maneiras e a verbalização do que está sendo realizado constitui um tipo de formulação que pode auxiliar o (a) paciente a sentir-se seguro (a) .

Desse modo, orientações que os médicos produzem nas consultas são consideradas formulações, descritas por Garfinkel e Sacks (1970) como maneiras que os interagentes utilizam para demonstrar sua compreensão de partes da interação, tornando explícito o seu entendimento sobre o que foi dito anteriormente ou sobre o que está acontecendo na conversação, quer seja no turno imediatamente posterior, ou ainda depois de uma ou várias sequências interacionais. A ausência de formulações na interação médico-paciente reflete a assimetria da relação ali constituída e faz com que a interação se caracterize mais como um “interrogatório”.

Excerto 5 – Consulta 5

- 1 MH: bem (1.5)
- 2 MH: pode tira:r (.) o ca↑saco (1.8)
- 3 MH: vamos {{*sussurrando*} ve:r} (1.4)
- 4 MH: ba:: (0.4)
- 5 MH: o:lha aí:=
- 6 PM5: =hã=
- 7 MH: =quanta roupa tu te:m (.)
- 8 MH: hhh=
- 9 PM5: =nã:o tô com essas duas só (1.7)
- 10 MH: >como< só:? (0.7)

- 11 MH: é: fica em pé ↑por fá↑vor (0.5)
 12 MH: e leva:nta pra mi:m)
 13 MH: para cá (.)
 14 MH: ↑isso. (.)
 15 MH: le↑vanta um pouco ↓aqui o braço.
 16 MH: >agora< res↑pira com a boca aberta
 17 MH: °i:sso° (2.8)
 18 MH: ↑deixa o ar (entrar na gar↑ganta:)
 19 PM5: ah (.)
 20 MH: °°isso°°
 21 MH: fala. (.) A (.)
 22 PM: °a::° (.)
 23 MH: °°i:sso°° (1.0)
 24 MH: (isso é:) (1.9)
 25 MH: engole (1.3)
 26 MH: engole de novo. (3.9)
 27 MH: fala ↑fala=
 28 PM5: =°a::° (0.4)
 29 PM5: [a:: ↑a::]
 30 MH: [não tô ouvindo na]da (.)
 31 PM5: hhh .hhh=
 32 MH: =agora sim

A interação observada no Excerto 5 realizada pelo médico, em que a paciente, uma adolescente de 14 anos, estava acompanhada pela irmã mais velha. Mesmo assim, embora houvesse uma acompanhante, que poderia constituir uma espécie de controle, o médico direcionou a atenção e as perguntas para a adolescente, tornando-a protagonista ativa no espaço de consulta. A queixa inicial apresentada pela paciente era de tosse contínua e o excerto apresenta a conversa formulada durante o exame físico realizado pelo médico. Nas linhas de número 4 a 7, observa-se a fala do médico em busca de tornar o momento mais descontraído, estimulando o vínculo com a paciente e brincando com a grande quantidade de roupa que ela veste: “*olha aí:quanta roupa tu te:m*”. *nã:o tô com essas duas só*, ela não se acanha em contestar. Após um espaço de tempo (1.7), ele replica: aumentando o tom da interrogação: *>como< só:?*, referindo-se às muitas peças de roupa que ela vestia.

Para realizar a ausculta dos pulmões, o médico inicia descontraindo a jovem para a ação que será realizada, solicita cortesmente que a paciente fique em pé e vai

orientando o passo a passo necessário para realizar o exame físico. Ao final do procedimento, na linha 30, o médico novamente acrescenta humor ao momento, afirmando que “*não está ouvindo nada*” e, por fim, encerra o exame físico, de modo positivo: “*agora sim*” (está ouvindo os pulmões).

Após as moças terem saído da sala, o médico explicou que se preocupa com a confiança que a comunidade precisa sentir em relação ao seu trabalho e que fica mais tranquilo quando há a presença de membro da família. Se a adolescente está sozinha, o médico solicita que a enfermeira ou outro profissional da unidade de saúde esteja presente quando precisa fazer exame físico. Esse fato, denota uma preocupação do médico ligada a gênero, na medida em que busca se proteger de qualquer mal entendido que possa haver, o que pode ocorrer em comunidades mais conservadoras, ao realizar um exame físico de uma jovem sendo ele do sexo masculino.

Excerto 6 – Consulta 6

- 1 MM: tá: ↑vamos ↑ve:r (.)
- 2 MM: ↑de:ita aí: na:- na maca (0.6)
- 3 MM: <vamos ver como que [tá o teu->]
- 4 PM6: [tiro o cas]aco ↓ou nã:o (.)
- 5 MM: >>não<< >não precisa tirar o casaco< (1.1)
- 6 MM: te de:ita, barriga para ↑ci:ma, (0.8)
- 7 MM: ca↑be:ça >para lá< (.) i:sso: (6.5)
- 8 MM: vou levantar tua ↑pe:rna (0.7)
- 9 MM: aí tu me diz se assim ↑dói- (.) a colu:na (0.7)
- 10 PM6: tá: (3.1)
- 11 MM: isso aí dó:i? (0.7)
- 12 PM6: não dói ↑na:da (1.1)
- 13 MM: nã:o? (1.2)
- 14 PM6: °agora si:m.° (.)
- 15 MM: aí dó:i um pouqui[:nho]
- 16 PM6: [°si:m°] (0.6)
- 17 PM6: °quando vai mais pra lá si:m°n (0.6)
- 18 MM: e isso aí dó:i? (1.5)
- 19 PM6: m?m=
(interrupção)
- 30 MM: pode levanta:r (0.4)
- 31 PM6: a:h h h (1.1)
- 32 PM6: °preciso de uma forci:nha° (ai)=
- 33 MM: =si:m eu te ajudo

(a médica oferece ajuda para paciente levantar da maca)

O excerto 6 apresenta a consulta da médica, em que a queixa inicial da paciente é dor intensa na coluna. Observa-se o esforço da médica para prover o entendimento da paciente (linhas 8 e 9). Inicia o exame físico e após posicionar a paciente na mesa ela vai anunciando o toque e o movimento que irá fazer e orienta a paciente para a resposta “*ai tu me diz assim, dói*”. Observa-se a formulação (GARFINKEL, SACK, 1979) nas orientações da médica, processo no qual ela vai orientando o passo a passo que será realizado, sem apressar a paciente. Podemos considerar que o tom de voz da profissional nesse contexto, usado de forma calma, mas firme, configura uma atitude de cuidado. Ao término do exame físico, a paciente anuncia que precisa de ajuda para levantar da maca e a resposta da médica vem colada à pergunta da paciente, confirmando a realização do auxílio solicitado.

O toque do médico realizado durante o exame físico, quando efetuado com respeito e delicadeza, atentando ao modo que será recebido pelo paciente configura um elemento de cuidado e preserva uma ação presente na medicina desde seu início, unindo arte e ciência no ato de curar.

Por outro lado, a interação institucional que é a consulta médica tem implícita uma relação de hierarquia entre médico e paciente. Nos atendimentos em saúde, o exercício de poder acontece por meio de interrupções da fala do outro, pelo controle dos assuntos a serem tratados e pelo domínio no campo das perguntas, ou seja, a distribuição desigual de quem tem o direito de perguntar e quem tem o dever de responder. As perguntas feitas pelo médico demandam uma resposta do paciente, a qual é avaliada pelo médico em seu próximo turno e assim sucessivamente.

O *status* informacional superior do médico é estabelecido e confirmado em vários momentos da consulta, inclusive quando, ao se deparar com o desconhecimento da paciente sobre determinado assunto, ele realiza explicações e prognósticos, aos quais o paciente submete-se, respondendo perguntas de qualquer ordem e acatando as correções e recomendações por parte do médico. Os pacientes, na maioria das vezes, não interrompem os médicos, embora possam, com frequência, ser interrompidos por eles (OSTERMANN, RUY, 2012). Mesmo assim, o paciente apresenta capacidade de agir por si, de reivindicar seus direitos de fala, ou de contribuir para o diagnóstico,

tratamento ou simplesmente para a interação em si, participando da coconstrução da consulta.

Em relação aos médicos cubanos que acompanhamos, os pacientes pareciam à vontade para fazer perguntas, mesmo quando abordavam um assunto diferente do que estava sendo tratado pelo médico. Inclusive, na parte final das consultas em que os assuntos sinalizavam a despedida, as pacientes formularam perguntas, de certa maneira, rompendo o padrão hierárquico de que o médico é que possui a autoridade para fazer as perguntas e os pacientes se limitam a responder. Estas práticas mostram que, embora a interação médico-paciente obedeça a uma estrutura mais ou menos formatada, os interagentes podem não se orientar para essa estrutura, modificando-a. No excerto 7, a paciente, na hora da despedida, formulou mais uma pergunta, consistindo em uma longa explicação, sobre um assunto que não tinha aparecido na consulta, e abrindo um novo campo de conversação, abordando a questão de anticoncepção.

Excerto 7 Consulta 7

PM3: uma ↑dúvida doutora >se puder me tirá< (0.9) ã:: (.) eu tô
tomando remédio pra não menstruar ma:is: (0.5) a:í o doutor
disse que (.) <<não>> (.) <não> era pra eu menstruar ↑mais (0.6) possivelme::nte teri:a um
pouqui::nho de sangrame:nto no: (0.3) primeiro mê:s >coisa< só que: eu- (.) me:smo tomando
remé::dio (0.3) contínuo como ↑é (0.4) e:u: menstruei i↑gual nor↑mal

De maneira similar, no excerto 8, uma consulta de 32 minutos, atendida pela médica, no final da interação, enquanto a profissional se assegurava se ela havia entendido as explicações sobre os medicamentos e procedimentos, houve a troca de assunto proposta pela paciente, que iniciou uma fala não complementar ao diálogo proposto pela médica, apresentando os resultados de exames solicitados na consulta anterior.

Excerto 8 – Consulta 8

1 MM: entendeu TUdo? (.)
2 PM8: <mhm>=
3 MM: =mhm não tem dúvida?
4 PM8: *hah* (0.4) nã:o nã:o eu (tou nervosa) (.) >vou passar
tudo pra eli↑sângela (.) ela VEM AÍ a minha filha ela
é< técnica de enferma:gem ela va:i me aju↑dar (0.4)

- daí eu vou (melhorá)+
 5 PM8: =doutora >>(me dá-) eu queria mostrar pra se↑nhora
 esse aqui::<< da ↑outra vez que eu não lhe mostrei
 (.) que a senhora tinha me pedido (0.3)
 6 MM: a fisioterapia?=-

O médico e a médica, mesmo sendo falantes da língua espanhola, mostravam desenvoltura nas questões em língua portuguesa e, quando não sabiam o significado de uma palavra, conversavam com os pacientes para verificar se o sentido estava correto. A postura de pedir ajuda dos pacientes pode ser interpretada, também, como um indicativo de busca de aproximação e de horizontalização das relações.

Nas questões ligadas à sexualidade percebeu-se, como em outros trabalhos (MENEGHEL, NEGRAES, 2019), que houve uso compartilhado com as pacientes de termos infantilizados para se referir aos órgãos sexuais. Nos excertos 9 e 10, consultas realizadas pela médica, observa-se infantilização do termo (*bumbum*) e a concordância com a ocultação do termo, que a médica assume frente à dificuldade da paciente em se referir à penetração ou mesmo ao ato sexual (*no momento do...*).

A substituição do termo formal por outros de uso comum, popular ou infantil, como *bumbum*, *perereca*, dentre outros é uma forma das mulheres lidarem com sentimentos de dificuldade ou vergonha e constitui um fenômeno recorrente em consultas de atendimento à saúde da mulher. A ação de não verbalizar o nome do órgão genital feminino e fazer referência à vagina por meio de dêiticos (*e.g., isso, no excerto 10*) é outra estratégia interacional que mulheres lançam mão para lidar com sentimentos de embaraço, observada em consultas, e usado tanto pelas pacientes quanto pelos (a) profissionais de saúde (MENEGHEL, NEGRAES, HESLER, no prelo).

Excerto 9 - Consulta 9

- PM9: é: e aí DE MANHÃ: (.) >tipo< ↑onte:m >doía assim< o
 osso: (ó) assim no bumbum assi:m [↑sa:be]
 MM: [no bum]bu:[m?]
 PM9: [É:]

Excerto 10 - Consulta 10

- MM: e dá ↑dor quando tu tem relaçõ:es com teu es↑po:so
- PM11: uhm: (.) eu te:nho como se fosse uma dor no ↑útero (.) [daí]
- MM: [no mo]↑mento, [do::]
- PM11: [i:s]so (.) é:
(1m15s)
- MM: >tá< tu vai fazer esse tratamento aqui o <metronida↑zol> (.)

Nas consultas dos dois médicos cubanos pertencentes ao PMM eles conversavam com naturalidade com as pacientes, que os tratavam por “tu”. Nos consultórios, as cadeiras a serem ocupadas por ambos estavam dispostas lado a lado, sem a interposição da escrivaninha. A hierarquia tradicional presente na relação de médicos e pacientes pareceu ficar diluída nestas consultas, evidenciada pelos cumprimentos cordiais, pela designação das pessoas pelo nome e no tuteio dos pacientes aos médicos, no tempo de escuta disponibilizado para ouvir as queixas sem interrupções, assim como em relação a outras perguntas e dúvidas não relacionadas ao motivo da consulta, demonstrando a permissão para os pacientes escolherem e conduzirem assuntos que os interessavam ou preocupavam, mesmo que isso significasse uma ruptura da interação escriptada que, normalmente, orienta o encontro social médico-paciente.

6. Medicalização e Saúde

Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina com o objetivo de intervir politicamente no corpo social. A medicalização do social mostra como a evolução tecnológica vem modificando a prática da medicina, por meio de inovações dos métodos diagnósticos e terapêuticos, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos (MENEGHEL, 2015).

Dialogamos aqui sobre o processo de transformação que a medicina sofreu e sofre ao longo de sua existência. A migração da zona de cura/cuidado para a zona de tratamento reflete uma das mudanças mais expressivas, e exige dos profissionais uma prática médica que diminui o olhar para a integralidade do paciente sobreposta pelo sintoma que este apresenta. Assim, dentre as biotecnologias introduzidas velozmente para o fazer médico, entra a lógica de medicalização.

Diferentes autores debruçaram-se sobre o que representa a medicalização em nossa sociedade, e são diferentes propostas de conceitualização do tema que se apresentam. Zorzanelli e Cruz (2018) percorrem o trajeto histórico da medicina na perspectiva de Michel Foucault, afirmando que, na obra do filósofo e teórico social, a medicalização apresentava dois sentidos. O primeiro, compreendido entre final do século XVII e o final do século XIX, refere-se ao processo sanitário das cidades, em que intervenções médicas tinham como objetivo a produção da salubridade e higiene social, movimento que teve grande impacto para a erradicação de algumas doenças e epidemias. O segundo momento, conhecido como “medicalização indefinida”, caracteriza-se como uma ampliação da aposta do saber médico sobreposta a vida como um todo, esse momento inicia-se ao final do século XIX e perdura até a atualidade, colocando a medicalização no campo semântico do biopoder.

Nas duas perspectivas apresentadas por Zorzanelli e Cruz, o processo de medicalização atua como ferramenta de poder do Estado sobre o indivíduo, embora apresentando diferenças em seu modo de funcionamento, o segundo sentido não elimina o sentido anterior.

“Já não se fala somente da obrigação da limpeza e da higiene para gozar de boa saúde, mas de fenômenos da vida cotidiana que entram no campo de ação do saber médico. As práticas médicas estão em todos os lugares, à medida que a saúde se torna um objeto de desejo e de lucro. Modificou-se a atenção da medicina novecentista com

agentes patogênicos dos corpos segregados e confinados para o cultivo individual do corpo saudável, exaltado como um ideal. Houve um deslocamento do sonho higienista de isolar e erradicar a doença para um modelo de responsabilidade individual pela saúde. Esse deslocamento é exatamente do que trata o conceito de medicalização hoje.”

(Zorzanelli e Cruz, 2018, p.724)

O trecho acima apresenta uma ideia que é central para analisarmos o processo de medicalização na atualidade e para a construção do diálogo desse capítulo: “as práticas médicas estão em todos os lugares, na medida em que a saúde se torna um objeto de desejo e de lucro”. Ao mesmo tempo em que é inegável o aprimoramento dos produtos medicamentosos, há também o evidente crescimento de um mercado em expansão, a indústria farmacêutica. Essa indústria exerce grande poder sobre a área da saúde e produz discursos e práticas que priorizam o uso de fármacos como respostas rápidas a sintomas, sem respeitar a integralidade do sujeito. Tanto os profissionais quanto os pacientes são capturados por esse discurso e a naturalização do processo medicamentoso ocorre sem grandes reflexões nas consultas. Assim, a presença da prescrição de medicamentos parece cada vez mais necessária pelos pacientes, bem como a noção de completude do cuidado médico a partir do encaminhamento de exames complementares.

O austríaco Ivan Illich (1975), crítico da medicina moderna, usou o termo “imperialismo médico” ao buscar definir o poder médico sobre todos os aspectos da vida. Afirma que a medicalização da vida é processo da industrialização que institucionalizou o fazer médico. O autor constrói o conceito de iatrogênese – iatros (médico) e gênese (origem) – para designar o conjunto de efeitos colaterais e indesejados, que podem incluir sintomas, alterações funcionais e/ou em exames e até mesmo doenças ou morte que ocorrem após a intervenção médica, identificando uma contraprodutividade no sentido de que a prática médica, ao invés de produzir a saúde, estaria produzindo a doença. Portanto, a doença iatrogênica não existia antes do atendimento clínico, é provocada pela ação da medicina. O conceito de iatrogênese, em Illich, é composto por três categorias: a iatrogenese clínica, causada pelo ato médico e sua técnica no ato experiencial; a iatrogênese social que são as consequências da medicalização da vida, em que os próprios indivíduos vão produzindo diagnósticos a partir dos discursos originalizados pela medicalização; e a iatrogênese cultural e estrutural que abrange uma crença na sabedoria ilimitada da prática médica sobreposta ao potencial cultural dos pacientes, em que a medicina age de forma a protagonizar os

processos de saúde e doença, o que traria, como consequência, uma dependência total dos pacientes em relação aos médicos.

Uma resposta aos problemas apresentados nos estudos de Foucault e Illich pode ser, hoje, a humanização em saúde, com sua proposta de tornar o paciente, não só protagonista do cenário de consulta médica, mas também consciente quanto aos processos vivenciados de saúde/doença e não exercer um cuidado médico que transforme os problemas existenciais em problemas médicos, os verbalize em linguagem médica e os trate apenas por intervenções médicas/medicamentosas.

6.1 A medicalização nas consultas analisadas

Excerto 1 - Consulta 3

- PM3: agora eu que::ro: (.) a↓qui
(2.7)
- PM3: ã:: s- os <antidepressivos> daí que eu preciso
(0.4)
- PM3: e:s:se: que a ge- que eu consigo no po:sto a
>amitriptilina< acho que ↑é
(0.3)
- MM: m:h[m::]
- PM3: [ele] tem que ser numa receita separa::da=
MM: =↑a .h, por que
a sertalina tu compra
(.)
- MM: é:: os outros é comprado ↑esse aqui é o único o posto dá=
MM: =tu ga::nha (.) esse tu ganha na sertório=
PM3: =[i::sso]
MM: [e a sertra]↑lina
tu compra °tá°=

O trecho retirado da consulta 3 realizada pela médica é a continuação de uma conversa em que uma série de medicamentos é prescrita pela profissional e, após a fala da médica, apresenta-se o pedido da paciente (*...ã os antidepressivos daí que eu preciso*), a frase confirma a noção de necessidade de medicalização presente na fala da paciente. Pelo desfecho, percebe-se que o uso do antidepressivo já vinha sendo prescrito e o que ela precisava, na verdade, era a renovação da receita desses medicamentos. É interessante observar que a médica não contesta ou questiona a continuidade do uso da medicação pela paciente, produzindo um aceite seguido da orientação sobre que medicamentos são fornecidos gratuitamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) (*esse*

aqui é o único que o posto dá..). A UBS é designada pela população, e também pela médica, de “posto”.

Excerto 2 - Consulta 3

(0.5)

MM: mas aí se ↑tu não melhora com as injeções,

(.)

com o paracetamol, e o ibupro↑feno tu volta para te encami↑nhar

(0.4)

PM3: tá bom

MM: =tá bom?

(0.3)

MM: ↑a:ntes do dia pri↑meiro tá: porque o dia primeiro

(0.4)

terminam as co:ta=

PM3: =tá.

Excerto 3 - Consulta 4

MM: =a↑gora: (.) o posto não tem mais cota para

fisioterapia:a (.) tá;

(.)

>até o dia< primeiro de ju:lho

(0.5)

MM: >então<

(.)

MM: ↑vo:u te indicar esse tratamento, se tu nã:o melhorar

com o tratamento tu vo:lta a:ntes do dia primeiro de ju:lho,

(.)

MM: para >eu fazer o encaminhamento para a fisioterapi:a<

(.)

PM4: tá [bo:m:]

[>entendeu<]

Nos dois excertos referentes às consultas 3 e 4 da médica, é interessante observar que a prescrição medicamentosa ocorre em um contexto de precariedade estrutural da instituição de saúde. A profissional lança mão do tratamento medicamentoso explicando que não há cotas para o acompanhamento com o fisioterapeuta, esse contexto dispara a reflexão para duas possibilidades, a primeira é de

que a lógica de medicalização está sendo reproduzida, em uma situação na qual o sintoma conduz a reação da profissional para medicalizar, a outra possibilidade é a de que a médica medicaliza por falta de estrutura do sistema de saúde, pois são poucas as cotas para encaminhamentos para especialidades. Essa última respaldaria também a conduta da profissional no excerto 1, em que não há a oferta de encaminhamento para atendimento psicológico, restando apenas aceitar o pedido da paciente de prescrição de antidepressivos.

No excerto 4 podemos perceber o direcionamento da escolha sobre medicalizar ou não o processo de cuidado, por meio da pergunta da médica acerca da necessidade da medicação dirigida para a paciente (>tu vai< *precisar de alguma outra medicação:o?*) e ainda (*tua rece:ita tá valendo ainda?*). A paciente faz menção de relatar os medicamentos que usava, mas não lembrou e a médica precisou consultar no sistema. Não houve protagonismo médico para escolher qual o tratamento, mas sim a convocação da paciente para que fizesse essa decisão. Ao final, a médica enumera o rol dos medicamentos prescritos assinalando que vai receitar apenas a medicação para o diabetes e aumentar a dose.

Excerto 4 - Consulta 2

MM: >tu vai< precisar de alguma outra medicação:o?
(2.0)

MM: tua rece:ita tá valendo ainda?
(1.5)

PM2: tá ↑quase vencendo já: (.) eu to:mo::
(.)

MM: >tu pegou< ↑quando
(0.4)

PM2: a:::i °meu deus° eu não me ↑le:mbro ago:ra
(.)

MM: então vou olha:r aqui no sistema (.) vamos ↑ver
(.)

MM: porque vale ↑seis meses
(.)

PM2: s- seis me:ses
(.)

MM: i::sso:. ↑deixa eu ver quando foi que tu renovou a tua
rece:ita (.) vou te dizer
(5.7)

MM: até a↑gosto vale.
(.)

PM2: vale até: ago:sto=

MM: =>vale até agosto< tu pegou:u (.) tu consultou dia dez↑oitto
(0.4) de fevere:iro

MM: aí tu pegou omeprazo:l, a metformi:na, a sinvastati:na
(0.6)

MM: o óleo minera:l, a dexametaso:na e::, (0.7) e a nebací↑de:rme (.) ↑tá então ↑só vou dar a receita de metformina que agora vou aumentar a dosa:gem.

No excerto 5 é realizada uma explanação acerca da composição dos medicamentos que estão sendo prescritos. O esforço da médica para explicar à paciente os efeitos do tratamento medicamentoso entremeado por várias inspirações audíveis traduz uma relação para além do tratamento médico, mas indicando cuidado e esclarecimento para a paciente. As falas da médica são espaçadas, havendo um espaço de aproximadamente 3 segundos a cada pausa. Essas pausas possibilitam aos pacientes exercer a fala, se desejarem, expondo dúvidas e preocupações, gerando melhor entendimento. A paciente apenas concorda, (*sim, tá bom*). Apesar da barreira da língua, nas consultas observadas, médico e médica explicavam detalhadamente os procedimentos realizados e as prescrições dos medicamentos.

Excerto 5 - Consulta 4

MM: ele é: u:m- um- com↑posto:, (.) ↑tá: é °um-° como a
gente chama um coque↑te:l, .hhh (.) que ele ↑te:m,
vitami:na ↑B, (.) ↓do com↑plexo ↑B e tem analgésico
Também (0.5)

MM: >então< (.) tu compra uma caixi:nha: a caixinha vem
para três doses (.)

PM4: si:m=

MM: =tu co:mpra e pode vir aqui no po:sto: (.) e tomar
a injeção aqui no po:sto. (.)

MM: é u:ma vez ao di:a, (.)

MM: três ↑doses são tr[ês dia]s de injeção

PM4: [si:m]

(0.5)

PM4: tá: [bo:m]

MM: [tá bo]m esse ↑va:i melhorar mu:ito também

(.)

PM4: [tá bo:m]

MM: [.hhh]

No excerto 6, novamente, presenciamos o fazer médico esbarrando na precariedade do sistema de saúde (... *eu tava pensando como a gente não tem fisioterapia até o dia primeiro de julho*). Frente a esse cenário, a profissional compartilha com a usuária a sua preocupação e faz uso de outra possibilidade do sistema, buscando maior rapidez para auxiliar a paciente que tem queixa de dor intensa. O cuidado é perceptível em sua fala, quando menciona o uso das práticas alternativas, no caso a acupuntura, como recurso para alívio da dor, além da preocupação em saber o que é dito no trabalho da paciente a respeito de seu quadro clínico.

Excerto 6 - Consulta 6

MM: eu tava pen↑sa:ndo como a gente não tem fisioterapi:a até o dia primeiro de ju:lho:,

(0.5)

MM: de repente >eu ↑posso< te encaminhar para a acupun↑tu:ra

(0.5)

MM: ver se elas ainda têm a:í:- (.) para acupuntu:ra:

(0.6)

MM: >para tu não continuar assim ficando com essa ↑do:r< (.)

e no teu tra↑ba:lho o que te- que te di:zem

No excerto 7, referente à consulta 1, realizada pelo médico, a paciente apresentou como queixa “*uma bolinha*” no pescoço, que foi examinada pelo médico durante a consulta, em seguida ele afirma que irá encaminhar a paciente para uma ecografia. A conduta do médico, apesar de recorrer a um exame complementar para confirmar sua suspeita, pode ser percebida como livre de uma indicação medicamentosa imediata, como podemos observar, a orientação é de que a paciente tome muito líquido e o profissional afirma que não irá prescrever antibiótico até a próxima consulta.

Excerto 7 - Consulta 1

MH: por en↑qua:nto

(0.9)

MH: tomar bastante ↑lí:quido (.) é uma das (.) da:s- (1.0)

das tuas priori↑dades

(1.2)

MH: o ↑resto a gente não vai liberar antibiótico tratamento

nenhum, até a próxima consulta >tá ↑bom<
(1.3)

A partir da análise do material observado é perceptível que a médica prescreve uma maior quantidade de fármacos nas consultas, entretanto é importante frisar que, na maioria das vezes, as prescrições estiveram acompanhadas de justificativas, e, em algumas consultas, até mesmo com um lamento por não poder encaminhar as pacientes para a realização de exames mais específicos, como tomografias, ou para especialistas, psicólogos ou fisioterapeutas. Todas as perguntas formuladas pelas pacientes eram respondidas pela médica e havia explicações a respeito das medicações, princípios ativos dos medicamentos e mecanismos de ação. A médica também perguntava o que as pacientes pensavam acerca de suas queixas e prescrições, desacomodando a hierarquia de poder, na qual o médico ocupa o lugar central, aquele que sabe e controla quem, quando e o que pode ser falado durante a entrevista clínica.

Nas consultas realizadas pelo médico, houve menos prescrições medicamentosas, havendo encaminhamentos prévios para exames complementares, embora não se possa generalizar esta conduta, já que foram observadas apenas quatro consultas, podendo-se dizer o mesmo a respeito das seis consultas da médica, pontuando-se que a análise pautada na fala-em-interação não busca generalizar os achados empíricos.

Embora a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS indique a possibilidade de uso das modalidades: homeopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura, fitoterapia, termalismo, crenoterapia e medicina antroposófica, na prática estas ofertas ainda são bastante limitadas (BRASIL, 2006). A medicina cubana está ancorada na Atenção Primária em Saúde e preconiza o uso racional de medicação alopática, mas também agrega práticas complementares, como a fitoterapia e a acupuntura (VELA-VALDÉS et al, 2018).

No Brasil, os médicos cubanos se defrontaram com uma atenção primária fragilizada com as possibilidades de referência, principalmente no que tange à provisão de exames complementares e ao acesso a especialistas e/ou outros profissionais de saúde. Relatos mostram que estranharam o uso frequente de medicações, especialmente as psiquiátricas receitadas, inclusive, para situações existenciais (MENEGHEL, 2015).

Porém, a falta de suporte pode incentivar os médicos a aumentarem a prescrição de medicamentos como compensação para suprir as lacunas pela precariedade de infraestrutura de apoio e pelas dificuldades de realizar encaminhamentos para exames e especialistas. Além disso, a medicalização crescente na sociedade produz uma demanda por procedimentos cada vez mais complexos que, em vez de promover a autonomia e autocuidado do doente para que este possa necessitar menos de novas ações heterônomas (aquelas proporcionadas pelos serviços de saúde), gera submissão, dependência e compulsão ao consumo (TESSER, 2006).

O uso indiscriminado de medicamentos aparece de forma tímida na prática dos profissionais cubanos cujas consultas foram observadas neste estudo, entretanto, é percebida a iatrogênese social de forma mais frequente, notadamente pelos pedidos dos pacientes para medicações e exames complementares.

Ao considerar os quatro eixos discursivos para a implementação da humanização em saúde, mencionados por Deslandes (2006), a prática dos profissionais observados opera como resposta adequada a cada eixo. O primeiro eixo que refere à insatisfação do usuário quanto ao relacionamento com os profissionais de saúde é respondido com uma prática médica sensível, que compreendeu os processos subjetivos de cada sujeito para além dos sintomas apresentados. Indagações da parte dos profissionais quanto ao estilo de vida dos pacientes, respeito às limitações, sensibilidade em relação às queixas configuraram aos atendimentos prestados por esses profissionais os traços de arte na medicina, ou seja, uma forma individual do olhar médico, pautada na integralidade e na equidade.

O segundo eixo elencado por Deslandes apresenta a necessidade de garantir a prestação de serviços compatíveis com os avanços tecnológicos. Mais uma vez percebemos maestria na ação dos profissionais, que embora tenham se deparado com a iatrogênese social e a precariedade do quadro estrutural dos serviços de atenção básica em saúde na cidade de Porto Alegre, exerceram condutas responsáveis quanto à prescrição de medicamentos e encaminhamentos para exames complementares.

As condições de trabalho dos profissionais de saúde compõem o terceiro eixo do estudo de Deslandes, que não foi analisado em sua completude por não ser o objetivo da pesquisa. Entretanto, mesmo sem gerar ferramentas para essa análise algumas questões relacionadas foram perceptíveis. O descontentamento dos profissionais ao se deparar

com questões de precariedade foi notório e eles repetidas vezes falaram sobre a impossibilidade de encaminhamento para especialidades e/ou para a realização de exames complementares. Essas condições atravessam o fazer médico dentro da instituição, mostrando barreiras estruturais que fragilizam as práticas profissionais.

O quarto e último eixo de Deslandes explora a comunicação, e aborda a dificuldade no diálogo entre profissional e usuário. Neste trabalho observou-se que a comunicação em todas as consultas se deu de forma fluida e descontraída, sem deixar de ser respeitosa, com poucos reparos ou repetições. Para além do entendimento oriundo da barreira do acento espanhol dos médicos cubanos, a comunicação nas consultas foi potente no sentido do esforço dos médicos para usar um vocabulário acessível, respeitando os turnos de fala dos pacientes e não adotando uma conduta hierárquica, comumente presente nas falas entre médico/paciente (SEGER, 2007), mostrando consideração e resposta para todas as perguntas formuladas pelas pacientes.

7. Considerações Finais

A ferramenta de análise desta pesquisa, a Análise da Conversa, possibilitou uma reflexão ampliada a partir do material coletado. O objetivo de analisar de que forma o cuidado médico era prestado pelos dois profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) foi atingido. Entretanto, por se tratar da perspectiva êmica, em que as categorias emergem a partir dos dados coletados naturalmente, não há uma assertividade prévia para as categorias que iremos destacar, logo o objetivo de analisar questões referentes a gênero não pode ser explorado na sua completude. Mesmo assim, entendeu-se que a questão de gênero apareceu na preocupação do médico em ficar acompanhado ao atender jovens do sexo feminino e no uso de palavras infantis compartilhado pela médica e pacientes, para designar o aparelho sexual feminino.

Uma limitação da pesquisa diz respeito ao pequeno número de médicos, cujas consultas foram gravadas para constituir a amostra da pesquisa. Esse fato deveu-se ao encerramento da contribuição da Brigada Médica Cubana no Brasil, devido a injunções políticas, estar acontecendo no momento da coleta, o que gerou certa urgência e só foi possível contar com esses dois profissionais.

A análise das interações realizadas nas consultas dos dois médicos permitiu observar o quanto a relação médico/paciente transcorreu em um espaço seguro e confortável para as pacientes. Cada mulher que entrou no consultório durante a pesquisa teve suas queixas ouvidas e a elaboração de um projeto terapêutico que contemplou sua singularidade. Nas consultas observadas o cuidado se deu de forma integral na prática dos dois profissionais, correspondendo aos elementos essenciais para a humanização na prática médica, quais sejam: ampliação do espaço de diálogo e compartilhamento de responsabilidades (AYRES, 2005).

As práticas médicas dos profissionais foram realizadas em um tempo adequado para as consultas, houve escuta qualificada para as queixas, sensibilidade e interesse quanto ao projeto de vida das pacientes, cuidado e conscientização quanto ao uso/prescrição medicamentosa. Podemos associar essas características à formação médica em Cuba, onde a estruturação dos currículos se dá a partir da realidade da saúde da população, enquanto no Brasil, a formação médica ainda permanece focada no sintoma e na doença.

Enfim, a Análise da Conversa se mostrou uma ferramenta potente para estudar a qualidade dos serviços de saúde, e confirma como a composição de diferentes áreas do saber podem atuar interdisciplinarmente. Os elementos possibilitados pela AC ampliam a compreensão da dinâmica das relações de forma precisa e embora a AC não permita a generalização dos achados de pesquisa, ou seja, os entendimentos observados dizem respeito apenas a esses dois profissionais, os resultados do estudo permitem que os trabalhadores de saúde e de outros campos façam uma autoanálise, corrijam e ajustem condutas e linguagens. Essa ferramenta propicia também uma importante reflexão a respeito dos processos comunicacionais, evidenciando a importância deles não apenas nas interações naturalísticas de caráter pessoal, mas sobretudo nas falas institucionais, como as realizadas entre médicos e pacientes.

REFERÊNCIAS

AYRES JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 549-560, 2005.

AYRES, JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pág. 43-62, abril de 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 01 de setembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>

AYRES JRCM. Humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES S.(org.) *Humanização dos cuidados se saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 49-84.

BECKMAN HB, Frankel RM (1984), "The effect of physician behaviour on the collection of data", *Ann Intern Med* 101:692-6. Fisher S. Doctor-patient communication: a social and micro-political performance. *Sociology of Health and Illness*, 6(1):1-29, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Brasileira de Atenção Integral à saúde da Mulher*. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Campos A. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23. 979-981.

CANESQUI AM. Sobre a avaliação da Atenção Básica. *Cienc. Saúde coletiva*. 7(3), 2002.

CAPRARA A, FRANCO, ALS. Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, 1999; 15 (3): 647-654:

CAPRARA A, RODRIGUES, J A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência Saúde Coletiva* 2004; 9 (1):139-46.

CARVALHO VKS, MARQUES CP, SILVA, EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2016; 21(9): 2773-2784.

CHEHUEN NETO, SIMARCO MT, SILVA FR, SOUZA CF, PEREIRA FS. Confiabilidade no médico relacionada ao pedido de exame complementar. *HU Rev., Juiz de Fora* 2007; 33(3): 75-80.

CONILL EM. Complementando a discussão sobre a Atenção Básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? *Cienc. Saúde coletiva* 2002; 7(3): 421-3.

COSTA AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004 13 (3): 5-15.

CYRINO EG, PINTO HA, OLIVEIRA FP. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2015; 19 (1):5-10.

DANTAS FILHO VP, SÁ FC – O cuidado na prática médica. *Mundo Saúde*. 2009; 33(2):189-194.

DENZIN NK, LINCOLN IS. *Planejamento da Pesquisa Qualitativa*. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

DESLANDES S. *Humanização dos cuidados se saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FARAH MFS. Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas, Florianópolis*, 2004; 12(1): 47-71.

FISCHMAN P. O trabalho que as mulheres realizam nas interações. In: OSTERMANN AC, FONTANA B. (Orgs.) *Linguagem, gênero, sexualidade. Clássicos traduzidos*. São Paulo: Parábola Editorial, 2010. p. 31-48.

FRANCO TA, ALMEIDA, GIOVANELLA L. Integralidade das práticas de médicos de Cuba no Programa Mais Médicos. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(9):e00102917.

FRAZÃO EAS, LIMA VS. Análise da conversação no Brasil: os desdobramentos de um campo de formação multidisciplinar. *Entrepalavras*, 2017; 7: 622-637.

FREITAS, ALP, MACHADO ZF. Noções Fundamentais: a tomada de turnos na fala-em-interação. In: LODER LL, JUNG NM. (Orgs.). *Fala em interação social: introdução à análise da conversa etnometodológica*. Campinas: Mercado das Letras, 2008. p. 59-94.

GARFINKEL H, SACKS H. On formal structures of practical actions. In: Mckinney JC. & Teryakian EA. *Theoretical Sociology*. New York: Appleton Century Crofts, 1970.

GIRARDI SN et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2016, 21(9):2675-2684.

- GOMES AMA, CAPRARA A, LANDIM, LOP, VASCONCELOS MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis*. 2012, 22(3):1101-1119
- HARTZ ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a Atenção Básica. *Cienc. Saúde coletiva*. 2002; 7(3):419-21.
- HEBERLE VM, OSTERMANN AC, FIGUEIREDO DC (orgs). *Linguagem e gênero no trabalho, na mídia e em outros contextos*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.
- HEIDEGGER M. *Ser e tempo*. Vol I. Petrópolis, Vozes, 1995.
- ILLICH I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LODER LL, JUNG NM. (orgs.). *Análises de fala-em-interação institucional. A perspectiva da análise da conversa etnometodológica*. Campinas: Mercado de Letras, 2009
- MADUREIRA PR, CAPITANI EMC, SOUZA GW. Avaliação de qualidade da atenção a saúde na rede básica. *Cad. Saúde Pública* 1989; 5(1):45-59.
- MARVEL MK, EPSTEIN RM, FLOWERS K, ET AL. Soliciting the patient's agenda - Have we improved? *JAMA* 1999; 281 (3): 283-287.
- MATTA GC, MOROSINI MVG. *Atenção Primária à Saúde*. Em: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
- MATTOS RA, PINHEIRO R, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.
- MEDINA MG, AQUINO R, CARVALHO ALB. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Saúde debate* 2000; 21:15-28.
- MENEGHEL SN. *Equidade de gênero no atendimento de profissionais do Programa Mais Médicos*. (Projeto de Pesquisa). Porto Alegre: UFRGS, 2016.
- MENEGHEL SN. *Medicalização das violências*. In: FLEURY-TEIXEIRA EM, MENEGHEL SN (orgs). *Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 216-17.
- MENEGHEL SN, OSTERMANN AC. *E então, quais as contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde?* In: *Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. OSTERMANN AC, MENEGHEL SN, organizadoras. Campinas: Mercado de Letras/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p 141-168.

MERHY EE, ONOCKO R. Agir em Saúde: Um desafio para o público. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO LCO, organizador, Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.

MERHY, EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.

MINAYO MC. Desafio do conhecimento. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998.

NAREY B, ALDEREGUÍA J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Pueblo y Educación, 1990.

NOGUEIRA JN. Duração da consulta: perspectivas dos médicos e dos pacientes. Rev Port Clin Geral 2002 Set-Out; 18 (5): 303-12.

NOGUEIRA PTA et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva 2016; 21 (9): 2889, 2898.

OSTERMANN AC, MENEGHEL SN. Humanização, gênero, poder. Estudos de fala em interação na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Mercado de letras, Ed. FIOCRUZ, 2012.

OSTERMANN AC, RUY R. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. In: Ostermann AC, Meneghel SN (orgs.). Humanização Gênero Poder: contribuições dos estudos da fala-em-interação para a atenção em saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Mercado de Letras, 2012. p.65-84.

SACKS H. Lectures on Conversation. Oxford: Blackwell Publishers, 1992.

SACKS H, SCHEGLOFF E, JEFFERSON G. The simplest systematics for turn-taking in conversation. Language 1974; 50(4): 696-735.

SEGER KA construção da normalidade em consultas pediátricas. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo - RS, 2007.

SELL M. Significando o abuso sexual infantil na fala em interação: estratégias interacionais acionadas por conselheiros tutelares e crianças na reconstrução da narrativa do abuso. 2012. 195f. Tese (Doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo – RS, 2012.

SELL M. Identidades de gênero emergentes na fala-em-interação na negociação da esterilização. 2007. P. 27. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo – RS, 2012.

SILVA CR, ANDRADE DNP, OSTERMANN AC. Análise da Conversa: uma breve introdução. *ReVEL* 2009; 7(13).

SILVA JPV, LIMA, JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. 2005, p. 43-73.

SILVERMAN D. Interpreting Qualitative Data: methods for analyzing talk, text and interaction. London: Sage, 2001.

STARFIELD B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD B, XU J, SHI L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*, 2001; 50(2):161-175.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*. 2006 10 (19): 61-76.

VELA VALDES J. Formación de médicos en el mundo. Qué distingue a Cuba. *Rev retos, Camagüey* 2017; 11(1): 113-129.

VELA-VALDÉS J, SALAS-PEREA RS, QUINTANA-GALENDE ML, PUJALS-VICTORIA N, GONZÁLEZ PÉREZ J, DÍAZ HERNÁNDEZ L, et al. Formación del capital humano para la salud en Cuba. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e33.

VILLALBI JR, PASARIN M, MONTANER I, CABEZAS C, STARFIELD B. Evaluation of primary health care. *Aten Primaria*. 2003; 31(6):382-5.

WATSON R, GASTALDO E. Etnometodologia e análise da conversa. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio, Ed. Vozes, 2015.

ZORZANELLI RT, CRUZ MGA. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2018; 22(66), 721-731.