

# Retratos da relação médico-paciente na atenção básica

Dora Porto <sup>1</sup>, Sérgio Ricardo Schierholt <sup>2</sup>, Ana Maria Costa <sup>3</sup>

## Resumo

Este artigo analisa resultado de pesquisa que compara falas de profissionais e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em unidades de saúde da rede pública, que prestam serviços de atenção básica. O elemento utilizado na análise é a fala desses dois grupos, por meio das quais é mostrada a avaliação que têm sobre a atenção prestada, considerando as características atribuídas à relação médico-paciente. A análise demonstra que os profissionais identificam nitidamente o desejo da paciente em ser ouvida enquanto as usuárias reivindicam persistentemente esta atenção, revelando a importância de aspectos subjetivos para a qualidade da prestação do serviço.

**Palavras-chave:** Mulheres. Atenção primária à saúde. Assistência integral à saúde. Humanização da assistência. Bioética.

## Resumen

### Retratos de la relación médico-paciente en la atención básica

Este artículo analiza resultado de investigación que compara discursos de profesionales y usuarias del Sistema Único de Salud (SUS) en unidades de salud de la red pública, que rinden servicios de atención básica. El elemento utilizado en el análisis es el discurso de esos dos grupos, por medio del cual se demuestra la evaluación que tienen sobre la atención rendida, teniendo en cuenta las características atribuidas a la relación médico-paciente. El análisis demuestra que los profesionales identifican nítidamente el deseo de la paciente en ser escuchada mientras que las usuarias reivindican persistentemente esta atención, revelando la importancia de aspectos subjetivos para la calidad de la suministración del servicio.

**Palabras-clave:** Mujeres. Atención primaria de salud. Atención integral de salud. Humanización de la atención. Bioética.

## Abstract

### Portraits of the physician-patient relationship in primary health care

This article analyzes results of a study comparing the speeches of professionals and of the Single Health System (SUS) users in public health units, providing primary health care services. The element used in the analysis is these two groups' lines, through which the evaluation is shown that they have about the care provided, considering the characteristics attributed to the physician-patient relationship. The analysis shows that professionals clearly identify the patient's desire to be heard while users claim persistently this caring, revealing the importance of subjective aspects on the quality of service rendering.

**Key words:** Women. Primary health care. Comprehensive health care. Humanization of assistance. Bioethics.

1. **Doutora** doraporto@gmail.com – Conselho Federal de Medicina 2. **Mestre** sergiosr@unb.br – Universidade de Brasília (UnB)  
3. **Doutora** dottorana@gmail.com – Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília/DF, Brasil.

## Correspondência

Dora Porto – SQS 204, Bloco G aptº 205 CEP 70234-070. Brasília/DF, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A relação médico-paciente vem sendo tema constante tanto da reflexão bioética como da ética médica, manifestando a preocupação dos profissionais, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em desenvolver e aplicar parâmetros que possam orientar esta relação, de forma a contemplar a perspectiva da humanização e do respeito aos direitos humanos.

Este artigo baseia-se em resultado de pesquisa de campo quali-quantitativa desenhada para levantar informações sobre a satisfação de usuárias e profissionais com os serviços de saúde às mulheres, ofertados pela rede pública. Nesta análise, optou-se por trabalhar apenas uma questão do instrumento de pesquisa aplicado às usuárias – *Na sua opinião o que é um bom atendimento de saúde?* –, por ser aberta e permitir à usuária expressar-se. Quanto aos profissionais, foram selecionadas especialmente as perguntas/respostas da entrevista semiestruturada, que relatavam o cotidiano laboral.

Apesar do largo período decorrido desde o seu levantamento (11 anos), consideram-se pertinentes os dados obtidos, baseados em aspectos subjetivos, sensações e emoções de usuárias e profissionais sobre sua inter-relação no atendimento. Apesar dos esforços com vistas à aprimoração dos serviços nos últimos anos, tais aspectos permanecem pontos críticos na atenção básica à saúde, como demonstram os resultados de recente pesquisa empreendida pelo Ministério da Saúde (MS) <sup>1</sup>, aplicada para indicar o desempenho do sistema. Espera-se, desta forma, contribuir para a reflexão bioética e estimular práticas em saúde que colaborem com a satisfação de ambos os grupos, consolidando os princípios do SUS <sup>2</sup>.

## Método

Esta comparação é feita a partir de sete estudos de caso com usuárias e profissionais da rede pública de saúde, realizados durante o segundo semestre do ano 2000 e o primeiro de 2001, pelo projeto *Quo vadis* <sup>3</sup>. O estudo foi coordenado pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública (Nesp), que integra o Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (Ceam/UnB).

O trabalho de campo, desenhado para levantar a percepção de mulheres e profissionais acerca do atendimento à saúde em unidades básicas, foi implementado em cada uma das cinco regiões do país, sendo as regiões Sudeste e Centro-Oeste contempladas com dois estudos. O levantamento foi possível por intermédio de parceria entre o Nesp e diversas instituições, especificadas ao final, responsáveis pelo levantamento de dados e tabulação das entrevistas.

Foram aplicados 159 questionários semiestruturados (perguntas abertas e fechadas) para os profissionais e 634 para as usuárias, tomados – tanto quanto possível – nos mesmos dias nos dois grupos, com vistas a possibilitar a relação entre o atendimento prestado e sua avaliação. A quantidade de avaliações aplicadas às usuárias foi assim discriminada: Goiânia (79), Marabá (146), Brasília (90), Blumenau (93), Recife (105), Santo André (61) e Divinópolis (60).

As usuárias foram entrevistadas preferencialmente após a consulta, mediante consentimento informado verbal. Aproximadamente, um terço do total das entrevistas foi realizado com gestantes, buscando representar-se na amostra os outros atendimentos necessários à prestação integral da assistência à mulher, em todas as etapas da vida.

Foram entrevistados, por instrumentos diferentes, as diversas categorias profissionais de nível superior cujo trabalho nas unidades de saúde é imprescindível à prestação mínima da assistência integral à saúde da mulher: clínica geral, ginecologia, gineco-obstetrícia, enfermagem, assistência social e psicologia. Buscou-se apreender suas percepções sobre a política de atenção integral à saúde da mulher, tanto no nível da gestão quanto no da execução, bem como as necessidades e dificuldades encontradas para a implantação desta política na estrutura administrativa e no cotidiano profissional.

## Resultados

O perfil das usuárias entrevistadas é delineado por quatro características: idade, cor, escolaridade e número de filhos vivos. Como o número de mulheres entrevistadas é diferente em cada localidade, o perfil geral da usuária é dado apenas pela frequência. Assim, quanto ao perfil das entre-

vistadas nas localidades abrangidas pelo trabalho, pode-se dizer que estão na faixa etária compreendida entre 19 e 34 anos, são morenas, cursaram o primeiro grau, concluindo-o ou não, e têm entre um e dois filhos vivos. A baixa escolaridade possibilita inferir que o nível socioeconômico dessas usuárias é precário, mesmo que esta informação não tenha sido diretamente levantada no estudo.

No instrumento, a idade é codificada por faixas etárias que abrangem do início da adolescência à maturidade. A cor é definida pela gradação branca, parda, negra, abrindo espaço para a inclusão de categorias autorreferidas. O grau de escolaridade vai do analfabetismo ao curso superior completo, estando em aberto os graus intermediários. O número de filhos vivos é explicitamente contado até quatro, ficando em aberto a última opção, “cinco ou mais”.

A concentração das entrevistadas na faixa etária de 19-34 anos, em todas as regiões, deve-se ao recorte proposto, de aproximadamente um terço do total se encontrar em período gestacional, selecionando, assim, a faixa na qual se concentra a assistência à saúde sexual e reprodutiva, que centraliza grande parte da atenção à saúde das mulheres. É importante notar que as idades abarcadas espelham da pré-adolescência à maturidade.

Em relação à cor, observa-se que a conjugação de categorias fechadas e autorreferidas contribui para a opacidade do perfil, pois não é possível fazer a correlação entre a categoria fechada “parda” e a categoria aberta “morena”. Em Brasília, Marabá, Goiânia, Recife e Divinópolis a maioria das entrevistadas optou pela utilização da categoria aberta, sendo a cor morena, com diferentes gradações, a mais citada (39,58%). Embora no universo pesquisado tenha havido pelo menos uma área onde a maioria da população é branca – Blumenau (74 usuárias) –, as demais áreas podem ser enquadradas num padrão similar, com a maior parte das usuárias se identificando como morenas.

O grau de escolaridade das usuárias é o dado do perfil que melhor espelha a realidade. Composto por blocos de respostas objetivas, é representado por uma curva normal cuja moda concentra-se entre a 5ª e a 8ª séries do Ensino Fundamental.

Se compararmos a faixa da moda com a imediatamente posterior, observa-se a dificuldade de passar do primeiro para o segundo grau, que se amplia na passagem deste para o nível superior – no qual se encontram apenas cinco usuárias, menos de 1% do total.

A quantidade de analfabetas em todos os estudos é pequena, corresponde a apenas 5,99% do total, e se concentra em áreas catalisadoras de migrantes. Apesar de essa quantidade ser baixa, se adicionarmos estes números à quantidade de usuárias que não completaram o ensino fundamental, isto é, assinalaram que haviam cursado a escola até a antiga 4ª série do primeiro grau, tem-se quase metade das usuárias na condição de *risco social reprodutivo*.

Quanto aos profissionais, sua identificação inclui sexo, idade, especialidade/função na unidade de saúde, tempo de exercício da profissão, tempo de trabalho na unidade pesquisada, jornada de trabalho/horas contratadas e trabalhadas na unidade e identificação do local onde foi feita a entrevista, dentre outros dados. Além do preenchimento do questionário, as entrevistas foram gravadas, transcritas e concedidas mediante consentimento verbal.

Foram entrevistados 76 médicos, 47 enfermeiros, 14 assistentes sociais, 17 psicólogos e uma nutricionista. Num dos estudos existem ainda quatro assistentes sociais/psicólogos. Os profissionais médicos entrevistados são clínicos gerais e gineco-obstetras. A divisão destes entrevistados por região contabiliza 13 profissionais em Divinópolis, 16 em Santo André, 21 em Goiânia, 24 no Distrito Federal e em Marabá, 30 em Recife e 31 em Blumenau.

## Resultados

Desde a primeira leitura dos instrumentos, observou-se a percepção nas diversas categorias profissionais do desejo de comunicação das usuárias. Assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos parecem conviver diariamente com a demanda por um tipo de atenção que transpõe os limites fisiológicos e se estende à dimensão social. Segundo eles, a metade das usuárias que procuram os ser-

viços demonstra a necessidade de falar, expressar a si mesma, ser escutada e respondida. A consulta no posto de saúde tornou-se o fórum eleito para expressar as pressões do cotidiano e a angústia. No consultório, emergem as queixas e as lamentações em relação aos distúrbios do corpo e às conturbações da vida:

*“Olha, acho que a maior parte é uma orientação, sabe, é o espaço pra conversar, pra expor os problemas dela; acho que se queixam muito de não serem ouvidas, de ninguém ter tempo pra escutá-las, não contarem muito com a compreensão; acho que é um espaço que elas têm pra colocar os problemas, as angústias, as aflições, e a maioria das vezes é uma orientação geral, sabe?”* Médica ginecologista – Santo André;

*“Então, na realidade, ela queria era encontrar com alguém, conversar, reclamar alguma coisa. Eu acho que a mulher tem mais essa necessidade e o lugar que ela tem para reclamar é o posto. Na verdade ela está com uma vida muito ruim, ela está precisando reclamar de alguma coisa, de alguém, de todo mundo. E quando ela já encheu, ela fala um pouco sobre ela”.* Médico clínico – Divinópolis.

Se a percepção dessa necessidade da usuária aparece fortemente na fala médica, a formação desses profissionais e a maneira como é operacionalizado o atendimento de saúde dificultam respondê-la. Os critérios técnicos para a consulta preconizam apenas a investigação do estado físico e de sua melhor condição de funcionamento. Por isso, muitas vezes, os profissionais se sentem impossibilitados em responder esse tipo de demanda, o que provoca desconforto quanto a própria atuação profissional: *“Deveria se preocupar (...) com a pessoa como um todo e não se limitar a dar somente aquele atendimento médico muito mal dado (...) com o aspecto emocional, social da pessoa”.* Profissional de saúde – Blumenau.

Ao buscarem um tipo de atenção que vai além da manutenção do bom funcionamento corporal, as usuárias subvertem a lógica operacional do atendimento médico nos serviços de saúde. A necessi-

dade de serem avaliadas pelos profissionais tanto em sua dor quanto em seu sofrimento denota a vontade de terem reconhecidas suas angústias por alguém com autoridade moral para tanto <sup>4</sup>. Quando manifestam a vontade de serem percebidas em sua dimensão humana e social criam um impasse para os profissionais, que precisam atender a significativo contingente de pacientes em curto tempo <sup>5</sup> e, como prescreve sua formação, priorizar os aspectos técnicos na caracterização das enfermidades.

As emoções que as usuárias relatam nos consultórios, suas queixas e reclamações, se originam da vida social, das relações de poder <sup>6</sup> e das atribuições e encargos próprios a seus múltiplos papéis sociais. Os conflitos de seu cotidiano são explicitados para o profissional numa tentativa de torná-los conscientes, significantes e legítimos. Assim como o médico diagnostica a doença, conferindo sentido ao mal-estar, crise ou distúrbio, a usuária espera que a mesma coisa seja feita em relação a seu sofrimento <sup>7</sup>. Mesmo quando o profissional entende esta necessidade da mulher, a ausência de sintomatologia o deixa perplexo ou intimidado. A dificuldade em responder as expectativas da usuária e cumprir seu papel fica evidenciada quando não pode oferecer medicação, considerada parte fundamental do tratamento:

*“Eu acho difícil da mulher, a questão assim (...) A mulher é muito queixosa e principalmente, as vezes eu até brinco, a questão da dor. Dor no corpo pra todo lado! A mulher queixa demais isso e deixa a gente meio, meio embaraçado, porque na maioria das vezes não é uma (...) você não acha, não tem um diagnóstico pra tanta dor que a mulher queixa. E isso me deixa meio frustrado...”* Médico clínico – Divinópolis;

*“Quer dizer, eu acho que o grande problema da mulher que eu vejo aqui no posto é uma carência. Ela vem no posto atrás de algum apoio. E algumas somatizam muito, e essas exigem muito exame, então é difícil. Você começa a negar esses exames, eu nego, mas é difícil porque se você começa a negar ela se sente mais uma vez rejeitada e não compreendida e cai no remédio. Fica um círculo vicioso.”* Médico clínico – Divinópolis.

A medicalização da saúde e a tecnificação da medicina reduziram o sujeito da práxis médica à dimensão corporal; o processo de anamnese e diagnóstico, à realização de exames e a ideia de cura ao uso de fármacos, que devem dar conta de tratar todos os sintomas diagnosticáveis de patologias do indivíduo. A supressão da dimensão social e das relações de poder evidenciam a inadequação da forma como ainda é percebida e praticada a atenção à saúde<sup>8</sup>. Ela aliena o indivíduo do todo social, transformando processos sociais em fisiológicos e, com isso, desloca a responsabilidade pelos conflitos do plano social para o individual:

*Reduzir, todavia, as funções do médico a essas normas de comportamento em relação aos indivíduos doentes, significa deformar o grande ensinamento hipocrático. Tal ensinamento consiste, sobretudo, em reconhecer que existe uma continuidade entre as doenças do indivíduo e as doenças da coletividade. (...) A cumplicidade da medicina com a ordem social, ao contrário, mesmo se injusta e patogênica, deformou esses ensinamentos<sup>9</sup>.*

Se este deslocamento de foco vai ao encontro dos interesses da indústria farmacêutica<sup>10</sup>, pois possibilita a medicalização individual para consequências de aspectos nefastos da vida social, a fala das usuárias reafirma seu descontentamento ante tal perspectiva. Embora afirmem a importância do medicamento no processo terapêutico, para elas a ideia de atenção médica não está restrita à técnica de resolução dos agravos e enfermidades. A necessidade de falar de si mesmas origina-se de diferentes níveis de preocupação e ocupa no imaginário ampla gama de significados. Por isso, o comportamento esperado do serviço de saúde e, particularmente, dos médicos, abrange tanto elementos mais tangíveis, como habilidade técnica e tempo de consulta, quanto emoções, como amor e carinho.

Tal como percebido pelos profissionais, a usuária espera receber algum conforto em relação a outros aspectos de sua vida, além da saúde física, como evidenciam trechos da questão aberta que indicam o que acreditam ser um bom atendimento. Nessas falas parecem refletir o que acontece nas consultas. Enquanto algumas demonstram sa-

tisfação em relação à atenção recebida, outras são nitidamente gritos de protesto, uma manifestação contundente de indignação: *“Mais atenção! Atenção do médico com a paciente”*.

Em relação à caracterização das emoções, a fala das usuárias aponta para o desejo de estabelecer uma inter-relação afetiva com o profissional. O amor aparece como elemento importante no discurso e a necessidade de contato, físico e emocional, é expressa pela ideia de carinho:

*“Mais compreensão e amor dos profissionais”;*  
*“Ter amor, carinho ao próximo, ter compreensão e paciência”;*  
*“Atenção e carinho dos profissionais com o paciente”;*  
*“Atender as pessoas com mais carinho, com muita atenção”;*  
*“Médico tem que dedicar ao paciente, saber o que está acontecendo, ser amigo do paciente”;*  
*“Quando o médico te trata bem. Você está carente, o médico te tratar mal é pior”;*  
*“É aquele em que há médicos mais atenciosos e carinhosos com os pacientes”;*  
*“Atender as suas necessidades com facilidade e carinho”;*  
*“A gente sente o coração bom”;*  
*“O médico estar de bom humor, a palavra amiga vale tudo, tudo bem, coração tem valor”.*

Da vontade de serem vistas e ouvidas à necessidade de serem percebidas e escutadas, a fala das usuárias reafirma a importância da subjetividade na inter-relação com o profissional. Ela denuncia a vontade de anuir nesta relação o reconhecimento de si mesmas como pessoas: *“Ouvir minha história é necessidade”*. Expressa o desejo de estabelecer uma relação mútua que priorize aspectos triviais, porém extremamente significantes e determinantes, da comunicação humana, como o olhar e a fala: *“O médico ser atencioso, ouvir a gente”;* *“Parar para ouvir o paciente”;* *“Primeiro, médico dar atenção, escutar o que a gente fala e falar depois”;* *“O médico ouvir o paciente, pedir exames e depois dar o diagnóstico”;* *“O médico tem que especular a vida da paciente. É importante que pergunte detalhe por detalhe”*.

Essa necessidade evidencia que para a usuá-

ria é indispensável receber uma qualidade de atenção profissional que extrapola os atuais limites da formação técnica: *“É aquele em que há respeito e confiança”*. Para a mulher que utiliza os serviços do sistema de saúde o bom atendimento implica, em primeiro lugar, em ser considerada como pessoa humana, *“como gente”*, com poder de falar e ouvir, contar e escutar. Significa que quer ter reconhecido, compreendido e respeitado seu sentido de realidade: *“A pessoa tem que ter oportunidade de expor seus problemas”*. A vontade de ter suas emoções consideradas e valorizadas revela que o desejo do reconhecimento de si mesma está consubstanciado na fala e representado no outro:

*“Quando a gente chega, falar tudo o que sente, e eles, enfermeiras e médicos, escutam”;*

*“Conversa, olha para a gente, vê se a gente está entendendo, escuta, explica certinho”;*

*“É a gente falar aquilo que está sentindo e o médico prestar atenção e resolver aquilo que a gente está sentindo”;*

*“Escutar o paciente, paciente é que sabe o que está sentindo”;*

*“Quando o médico pergunta se a gestante se alimenta bem, fala com ela direito”;*

*“Quando o médico é bom e fala direito”;*

*“Quando eles entendem os nossos problemas”;*

*“O doutor ser paciente e conversador”;*

*“A compreensão e o companheirismo do profissional é de grande importância quando se tem sérios problemas de saúde”;*

*“Quando o médico não é ignorante e examina o paciente direito”;*

*“O médico não ser ignorante e dizer o que está acontecendo”;*

*“Poder contar os problemas e ser bem atendida, sem achar que se está inventando. Alguns médicos são estúpidos”.*

Em suma, a usuária dos serviços de saúde deseja ter verdadeiramente acreditada, consubstanciada e fortalecida a sua humanidade. Ela quer ser percebida como pessoa que sente e como indivíduo que tem direitos. Embora a noção desses direitos esteja amplamente representada em todos os discursos, parece estar relacionada ao nível de escolaridade da usuária.

O estudo permite estabelecer a relação entre a escolaridade das mulheres e a forma como analisam e reivindicam a qualidade do serviço prestado. Nas localidades com quantidade maior de entrevistadas analfabetas ou com o 1º grau incompleto, a expressão desta vontade pode ser identificada apenas pela reclamação generalizada sobre a qualidade do atendimento prestado; mas naquelas onde a maior parte das entrevistadas tem maior escolaridade, os discursos reivindicam direitos moralmente consensuados ou legalmente instituídos:

*“Tratar as pessoas melhor, como seres humanos”;*

*“É a gente ser tratado como gente”;*

*“Os médicos darem mais atenção para as pacientes, não tratar os pacientes como cachorros”;*

*“O médico ser boa pessoa, respeitar o direito da gente. Tem gente que não respeita”;*

*“Bom atendimento na recepção, tratar todas as classes – média, pobre, rica – da mesma maneira”;*

*“Médico dar um mínimo de atenção ao ser humano. Não é porque a pessoa é pobre que não tem direito a um bom atendimento. Isso não é de graça. Nós pagamos impostos”.*

Poderíamos dizer que a percepção de si mesmas como indivíduo pertencente a um contexto social específico está diretamente relacionada ao condicionamento cultural oriundo da instrução formal. A importância da escolaridade pode ser medida pela capacidade de a usuária articular o atendimento recebido na perspectiva da cidadania, relativa a direitos e deveres. Isto é também percebido na fala profissional:

*“Eu fiz uma pesquisa por minha conta própria, existe um grau muito grande de analfabetismo e o que eu pensava que não pudesse acontecer. Quando você pergunta se uma paciente sabe ler, geralmente elas não sabem ler. E tem uma característica também (...) elas têm uma afinidade com tranquilizantes, uma coisa violenta. Então, eu já investiguei isso também, parece que são problemas familiares. É marido que tá desempregado, é marido que bebe, é filho que mexe com droga, é filho desempregado, é filha que separou, que foi pra casa e largou o menino em casa. É aqueles*

*problemas familiares, a conjuntura econômica, social que existe aí*". Médico clínico – Divinópolis.

Além desses aspectos mais subjetivos, em relação às emoções e noções de cidadania as usuárias falam de "educação" na prestação dos serviços, demonstrando suas expectativas em relação à sua qualidade ótima. A ideia de educação é perceptível não apenas na cobrança do empenho e da dedicação dos profissionais, mas na expectativa da entrega e do prazer com o exercício da atividade. A educação esperada pelas usuárias por parte de todos os que prestam atendimento nas unidades de saúde está associada à ideia de que o prazer no desempenho do exercício profissional assegura a qualidade do serviço.

Este prazer que a usuária espera ver como fruto do trabalho profissional bem feito é traduzido em sua fala como "confiança", "paciência", "calma", "gentileza", "respeito" e "dedicação". Pelas respostas dadas à pergunta aberta não se pode definir o quanto estas expectativas traduzem a realidade vivida ou apenas reproduzem um sonho almejado: "É eu chegar, falar, e eles me atenderem com gosto, prazer"; "É uma pessoa atender bem, com gosto"; "A médica gostar muito da profissão, ter paciência ao atender, examinar direitinho o paciente".

Os profissionais também consideram necessária a educação formal da usuária, até para que entendam o diagnóstico e o tratamento propostos. Além da educação escolar fundamental, muitos percebem sua carência de conhecimento específico em saúde, que deve ser suprida na própria unidade durante exames e consultas. Isto se evidencia nas falas dos clínicos gerais, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. É notável, nos estudos, como os especialistas, ginecologistas e obstetras inclinam-se a uma visão mais fragmentada da mulher, considerando principalmente a atenção dispensada à saúde sexual e reprodutiva. Tal fato permite inferir que a especialização na formação profissional tende a limitar a percepção estritamente ao "campo de trabalho".

A importância de considerar fatores de ordem econômico-social, saneamento básico, emprego e alimentação, na manutenção da saúde e qualidade de vida também é marcante na fala das categorias

profissionais retro identificadas. Para eles, os aspectos sociais são tão determinantes quanto os técnicos para a melhoria do nível de qualidade da atenção prestada:

*"A maioria é analfabeta ou semianalfabeta, então você tem que dar (...) pra você chegar e dar uma noção sobre o que é gravidez, como tá o bebê..."* Enfermeira – Recife;

*"Quando você vai orientar uma pessoa e você vê que ela é pobre, carente e que você nem sabe o que fazer. Mais pela questão financeira e também a gente pega pessoas muito oligoides que você não pode falar porque não entendem, por mais que você fale, fale, eles não vão entender. Então é mais assim, pessoas muito, muito burras e a situação financeira"*. Nutricionista – Recife;

*"Eu acho que deveria começar na escola, na família, e o serviço de saúde complementar... Isso para a vida toda"*. Enfermeiro – Blumenau.

Outro aspecto relacionado à educação e bastante reivindicado pelas usuárias como qualidade indispensável ao prestador de serviços é a *paciência*. A noção de paciência nos discursos das usuárias pode ser interpretada sob duas perspectivas: por um lado, significa gentileza e polidez; por outro, está associada ao tempo.

Em relação à gentileza, a ideia de educação dá a entender que na inter-relação com os profissionais estão ausentes os parâmetros de cortesia que integram as regras de convívio social. No tocante ao período de espera pelo atendimento, a noção de paciência relaciona-se à duração e à maneira como é realizada a consulta. As reclamações das usuárias, tanto dos médicos quanto dos auxiliares, indicam que se sentem deprimidas, menosprezadas e diminuídas com o "tratamento" recebido. Que lhes faltam informações claras, transmitidas de forma cortês:

*"Uma troca clara de informações";*

*"A funcionária ser agradável com o paciente e ter calma para atender, geralmente elas não têm";*

*"As pessoas idosas são maltratadas, os atendentes não têm muita paciência";*

*“Todos têm problemas (...) tratam as pessoas com descaso”;*

*“Ter médico com mais paciência, que dê atenção e explique as coisas”;*

*“A pessoa que atende tem que ter paciência, tem que ser humilde, tem que ser educada”;*

*“Boas condições do médico e enfermeira, sem grosserias”;*

*“Tem que ter gente educada no atendimento”;*

*“É atender bem, sem frescura, se gritar comigo eu grito também, minha educação depende dele. Paguei o INPS e isso não é de graça, não quero ser maltratada”;*

*“Quando nós, mulheres, somos bem tratadas, pois hoje em dia está difícil”.*

Em relação ao tempo, a ideia de paciência também está diretamente ligada à demora nas filas de espera para receber as “senhas”, a demora para a consulta e a rapidez com que esta é conduzida. Este conjunto de fatores provoca a irritação da usuária, vista como alguém que *deve* esperar e que é colocada, de fato, na posição de “paciente”. A dificuldade para receber “atenção” acentua sua dependência, tornando-a refém de um modelo de ordem social que concentra o poder na mão dos profissionais e exige sua rendição:

*“Não pode demorar para conseguir consulta”;*

*“Ter bastante vagas; ser rápido”;*

*“Não haver muito tempo de espera”;*

*“Conseguir marcar um horário e ser atendida”;*

*“Chegar e não ter que esperar muito”;*

*“Ter horários organizados e não ter essa bagunça de chegar às 6h e ser atendida às 10h, com fila grande para marcar hora. Se arrumar isso está bom, o resto se ajeita”;*

*“Atenção e pontualidade dos médicos”;*

*“O médico marcar e vir, os profissionais não faltarem tanto”;*

*“Menores filas, mais médicos”;*

*“Que o médico dedique mais tempo para o posto, mais tempo para a consulta”;*

*“Não deixar na fila de espera e não atender rápido”;*

*“Que não demorasse e desse para entender o médico”;*

*“Deixar esperando muito tempo não é bom. A consulta deve ser demorada. Não ter fila de espera. O*

*problema de saúde deve ser resolvido”;*

*“Os casos de emergência demoram muito. As pessoas quase morrem esperando”;*

*“Ser mais fácil conseguir consulta, as atendentes entenderem e explicarem direito, onde faz exames essas coisas”;*

*“Agilidade no atendimento, mais facilidade para a realização dos exames e possibilidade de realizar esses exames na mesma unidade”.*

A usuária se ressentia da demora para ser consultada e da rapidez com que o atendimento é efetuado. Após longa espera e tensão em relação a conseguir acesso ao atendimento, quer receber um serviço de qualidade, com tempo suficiente para expor suas dúvidas e problemas. Os profissionais reafirmam essas dificuldades quando relatam o tempo que dedicam às consultas:

*“Infelizmente, a gente atende 20 pacientes por dia em duas horas, duas horas e meia, não passa disso porque tem muitas voltas ou só encaminhamento (...) Apesar do contrato ser de quatro horas diárias, ninguém dá. Eu tô sendo franco. Aqui, no posto da prefeitura, o tempo que eu gasto quando é paciente novo é de cinco a dez minutos, no máximo, resultado de exame e encaminhar pra especialidade é dois ou três minutos”. Clínico geral – Recife;*

*“Oficialmente, trabalho quatro horas por dia, mas nunca dá quatro, é duas ou três. Uma consulta nova dura cinco a oito minutos, a volta é mais rápida, é só para mostrar o exame, agora mesmo foi uma volta”. Ginecologista, explicando para a entrevistadora uma consulta de três minutos realizada na presença da mesma – Recife.*

Com vistas à dinamização do fluxo do atendimento durante as consultas são utilizadas duas estratégias opostas: infantilização da linguagem ou utilização do jargão profissional. No primeiro caso, as explicações são geralmente transmitidas superficial e rapidamente, sem que haja a real preocupação de informar todas as particularidades do estado de saúde da usuária, limitando-se a prescrever a medicação e explicar detalhadamente a posologia. O jargão profissional tende a ser utilizado de maneira ritualística,

para intimidar ou calar a paciente que se envergonha de sua dificuldade de compreender. O profissional espera que a utilização de categorias da área médica na conversa com a paciente confira credibilidade a sua fala, aumentando sua eficácia simbólica e a eficiência de seu poder curativo. Entretanto, esse processo dificulta o entendimento das entrevistadas, além de contribuir para sua inibição em buscar explicações adicionais.

O último elemento analisado diz respeito ao contato marcadamente hierárquico entre profissionais e pacientes<sup>11</sup>. A desigualdade de conhecimento em relação aos processos corporais, ao diagnóstico e cura das enfermidades, transforma as mulheres que utilizam os serviços públicos de saúde em objeto passivo das normas de operacionalização do serviço. O aumento de sua dependência e a entrega de sua autonomia as predispõe a representar nas relações de poder o lado mais vulnerável e subordinado. A possibilidade de escolher o tratamento que melhor lhes convém é circunscrita pelas normas que controlam sua inserção social, delegando-lhes a posição mais fraca no conflito de poder, desenhando um caminho de vítima, que se equilibra entre a necessidade e a dependência:

*“A médica tem que ser boazinha e nós não ficamos esperando”;*

*“Quando não é rápido e pode perguntar as coisas sem esquecer”;*

*“Tem que perguntar o que você tem, ser mais atencioso com o paciente – o tempo é pequeno. Explicar o porquê dos exames, falar mais. Minha vida está na mão de Deus, se depender do doutor... morre!”*

Para viabilizar as regras da instituição de saúde e atender as expectativas técnicas da prática médica o profissional acaba por fragilizar a mulher ao prestar-lhe um atendimento que carece de humanização. Embora parte da proposta teórica do SUS, os estudos revelam que a humanização é ainda palavra vazia, não espelhando uma prática institucional sistematizada nas localidades pesquisadas. De modo geral, a atenção dispensada à usuária é considerada quase como um favor concedido pelo Estado, por intermédio dos profissionais. Como se o serviço não fosse a ela destinado e como se não

fossem as suas necessidades e problemas as metas prioritárias do atendimento.

Mesmo quando o profissional tem consciência da importância de uma relação humanizada, encontra dificuldades e resistências para efetivá-la. Muitas vezes, desgasta-se demasiado em esforços individuais isolados para suprir esta falha. A falta de entendimento do significado da humanização condena prestadores e usuários a reproduzir continuamente uma estrutura de poder e uma forma de relação que reforçam a assimetria entre seus papéis: *“Ver a mulher como ser social, inserido na sociedade, inserida no mercado de trabalho, que os mesmos problemas o seu companheiro tem nesse mercado, ela tem também. Tem que ver onde o desemprego atinge ela (...) Tem que ver essa questão de como envolver o companheiro na questão da mulher. Agora, acho muito difícil fazer isso no serviço público”*. Médico clínico – Recife.

Embora a pena imputada aos prestadores de serviços pela desumanização do atendimento seja mais leve que a imposta às usuárias, eles não deixam de sentir os efeitos colaterais do desequilíbrio de poder. Ante a escassez de recursos infraestruturais e da pressão de demanda das usuárias, demonstram irritação, confusão e impotência. Esta seqüela da operacionalização do serviço, que atinge em cheio o profissional, provoca insatisfação em relação à qualidade de seu trabalho.

Esse quadro de descontentamento e estresse profissional agrava as deficiências estruturais e operacionais, criando um ciclo contínuo e retroalimentado de escassez/impotência/alienação que compromete o atendimento e reduz cada vez mais as expectativas do profissional quanto à qualidade e resultados de sua atuação. Suas queixas expressam o desejo de melhoria das condições de trabalho:

*“Bem, em primeiro lugar, o médico examinar direitinho, ouvir bem as queixas dela, ter paciência de ouvir as queixas, de examinar a paciente dentro da sua especialidade, tudo que necessita. Ter tempo pra pensar e não correr tanto pra atender as pacientes, porque você veja, se nós trabalhamos cinco horas, nós temos quinze minutos pra cada paciente. Então eu acho que o número de pacientes é muito exagerado. Eu acho que o médico deveria ter mais tempo, ter menos cliente pra atender, ter paciência, prestar*

*bem atenção no que faz, não ser assim tão corrido. Se o médico ganhasse bem num determinado local, não procuraria outros empregos. Então, ele não ficaria tão estressado. Ele deveria, na área da saúde, ganhar realmente bem num único serviço, pra evitar de procurar outros. O atendimento ideal da saúde das mulheres passaria por uma diminuição do número de consultas e uma melhor remuneração para o profissional, que é pra ele não ter que procurar outros empregos e correr tanto".* Médica – Santo André.

As usuárias entendem as pressões sobre os profissionais e atribuem parte da responsabilidade ao governo. Para elas, o atendimento ideal contempla a melhoria das instalações, a contratação de mais médicos e a valorização do profissional: *"O governo deveria cuidar melhor da saúde"; "Deveria ter mais hospital, mais médicos"; "O governo deveria investir mais em saúde e educação"; "Tem que ter os medicamentos"; "Para ter um bom atendimento de saúde é necessário ter dinheiro".*

Enfim, no que tange às usuárias, o acesso à consulta e ao tratamento são pontos de afunilamento da prestação da atenção básica à saúde, muitas vezes citados nas respostas. A qualidade do atendimento médico também é criticada, apontando a expectativa de que o serviço tenha resolubilidade e eficácia: *"O médico tem que ter responsabilidade, coisa difícil de encontrar"; "A médica explicar, não assustar a paciente"; "É quando eles perguntam e a gente diz o que está sentindo, e eles dão o remédio certo para a gente"; "É o médico diagnosticar o que você tem. Não adianta o médico passar remédio sem sequer examinar"; "Agora é moda passar remédios caros e errados que não valem nada".*

No tocante aos profissionais, a ausência de incentivos econômicos, o excesso de trabalho, a falta de infraestrutura e a cobrança da usuária configuram um quadro frente ao qual sentem sua autoridade solapada e a efetividade esperada do serviço transformada em cobrança de uma atitude paternalista. A entrega do poder de decisão sobre si mesma ao outro, implicada no papel social da usuária, aumenta a responsabilidade do profissional – colocando-o numa situação na qual o risco de saúde é ampliado pela escassez dos recursos.

## Considerações finais

Embora, na última década, a alocação de recursos em programas sociais tenha crescido substancialmente no Brasil, a área da saúde não recebeu incremento proporcional, donde se pode concluir que os problemas apontados neste artigo ainda ocorram em vários pontos do país. A recente avaliação dos serviços pelo MS<sup>1</sup>, por meio do Idsus, confirma a suposição: *Dos 5.563 municípios, 1.150 (20,7% do total) receberam pontuação abaixo de 5, em uma escala de 0 a 10*<sup>12</sup>. Ao retratar visões de mundo tomadas de perspectivas antagônicas – profissionais de saúde e usuárias do sistema público – o estudo mostrou confluências na visão de mundo dos dois grupos, que decorrem especialmente da percepção da precariedade dos serviços, tanto na dimensão infraestrutural quanto no que concerne ao processo administrativo e às dinâmicas de operacionalização.

As usuárias reivindicam tratamento digno e humanizado, que pode ser mensurado pelo acesso à consulta; qualidade do atendimento durante a consulta e uma inter-relação cortês e civilizada com os profissionais que atuam nos postos de atendimento. Para estes, as expectativas giram em torno da melhoria das condições para o exercício profissional: diminuição da quantidade de pacientes a serem atendidos; aumento do tempo de consulta e, especialmente, melhoria salarial – o que permitiria maior dedicação à atividade em um único posto de trabalho.

A falta de dotação de recursos à área da saúde impede que de fato se possa atender a essas expectativas. Para implementar o planejamento delineado na configuração do SUS é essencial aumentar e focalizar o investimento em saúde. É fundamental aprimorar a formação profissional, para capacitar profissionais aptos a responder às necessidades dos pacientes, bem como orientá-los a atuar em equipe – o que se revela tática adequada a responder ao aumento da demanda, provendo a integralidade do acesso.

Não é demais sublinhar que o investimento escasso na capacitação profissional, mal focalizado e precariamente administrado, desencadeia conflitos evitáveis entre profissionais e usuários, gerando des-

## Retratos da relação médico-paciente na atenção básica

contentamento e sofrimento desnecessários para ambas as partes e levando à perda da qualidade da atenção prestada. Tal problema revela-se entrave para a operacionalização das estratégias de descentralização, regionalização e hierarquização, que buscam garantir a qualidade da atenção e fortalecer a participação e o controle social, revelando-se obstáculo à efetiva integralidade, equidade e humanização dos serviços prestados nos diversos níveis de atenção.

Além deste, outros fatores acentuam as dificuldades relatadas no atendimento e que parecem agravar o “quadro clínico” apresentado pelo serviço de atenção primária. Segundo as perspectivas dos

dois grupos entrevistados, os problemas identificados no atendimento são ainda mais agravados pela ausência de mecanismos institucionais que viabilizem a troca de informações, produzindo atendimento deficiente e diálogo confuso e conturbado entre profissionais e usuários. A atenção focada apenas no aspecto técnico reduz o contato, físico e emocional, num momento no qual dor e pânico vulnerabilizam aquele que é alvo do cuidado. A ausência de uma relação humana os isola em dois grupos distintos, cada qual vendo o outro como coisa. Sem deixar de lado a segurança, essa mudança de enfoque proporciona condições para minimizar o medo, a angústia e o sofrimento.

Tabela do levantamento de dados

Região	Local	Instituição
Norte	Marabá (PA)	Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Pará - Núcleo de Marabá/Secretaria Municipal de Saúde
Nordeste	Recife (PE)	SOS Corpo Gênero e Cidadania
Centro-Oeste	Goiânia (GO)	Grupo Transas do Corpo
	Brasília (DF)	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Pública (Nesp)
Sudeste	Santo André (SP)	Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Fundap
	Divinópolis (MG)	Núcleo de Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da UFMG
Sul	Blumenau (SC)	Associação Casa da Mulher Catarina/Departamento de Saúde Pública/UFSC

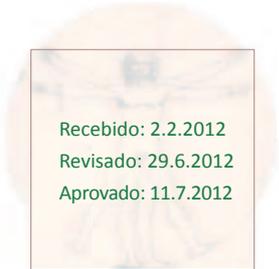
## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Idsus - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 2 mar. 2011]. Disponível: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS\\_06-03-12.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_06-03-12.pdf)
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2002 [acesso 25 mar. 2012]. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
3. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde. Atenção à saúde da mulher: quo vadis? Brasília: Nesp; 2002. [mimeo].
4. Botsaris A. Sem anestesia: o desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p. 58.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais. Manual Siasus [internet]. Considerações gerais do módulo orçamento. Brasília: Ministério da Saúde; maio 2008 [acesso maio 2011]. p.49. Disponível: [http://ftp.datasus.gov.br/siasus/Documentos/MANUAL\\_SIA\\_Maio\\_2008.pdf](http://ftp.datasus.gov.br/siasus/Documentos/MANUAL_SIA_Maio_2008.pdf)
6. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1982. p. 75.
7. Rodrigues N, Caroso CA. Ideia de ‘sofrimento’ e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 137-49.
8. Luz M. Natural, racional, social. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
9. Berlinguer G. A doença. São Paulo: Hucitec/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 1988. p. 100-1. (Coleção Saúde em Debate).

10. Angel M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record; 2008.
11. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
12. O Estado de S. Paulo. SUS vai ter índice para avaliar qualidade de serviços. Avaliação do governo inclui toda a estrutura, como hospitais e laboratórios. Estadão [internet]. 1º mar. 2012 [acesso 2 mar. 2012];Notícias Saúde. Disponível: <http://www.estadao.com.br/noticias/vida/sus-vai-ter-indice-para-avaliar-qualidade-de-servicos,842728,0.htm>

### Participação dos autores

Dora Porto desenhou o recorte analítico dos dados selecionados, participou de sua compilação, tabulação e análise, escreveu o relatório final e adaptou-o à produção deste artigo. Sergio Ricardo Schierholt colaborou no delineamento do recorte analítico dos dados selecionados, compilou, tabulou e analisou os dados, escreveu o relatório final e revisou sua adaptação. Ana Maria Costa coordenou a equipe que desenhou e aplicou a pesquisa, bem como as equipes que analisaram em separado os dados, revisando o relatório final e sua adaptação.



Recebido: 2.2.2012  
Revisado: 29.6.2012  
Aprovado: 11.7.2012