



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RENATA GOLTARA LIBONI VESCOVI

Representações e práticas sociais construídas por médicos em
relação a usuários com sintomas vagos e difusos na Atenção Primária
à Saúde.

Vitória

2014

RENATA GOLTARA LIBONI VESCOVI

**Representações e práticas sociais construídas por médicos em
relação a usuários com sintomas vagos e difusos na Atenção
Primária à Saúde.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP-UFES), como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação do Professor Dr. Luiz Gustavo Silva Souza e coorientação da Professora Dra. Zeidi Araújo Trindade.

UFES

Vitória, julho de 2014

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Luiz Gustavo Silva Souza, pela dedicação, presteza, competência, paciência e especialmente pela generosidade em partilhar sua experiência. Atributos fundamentais àquele que se dedica ao ofício de docente.

À professora Zeidi Araújo Trindade, coorientadora pelo apoio e apontamentos fundamentais à construção do estudo.

Ao meu marido Fernando, pela compreensão, carinho e incentivo.

Aos amigos e colegas de turma, pelas trocas, pelo apoio ao longo do mestrado.

À professora Luziane Zaché Avelar e ao professor Antônio Marcos Tosoli Gomes que participaram da minha banca de qualificação, pela inestimável contribuição para o incremento do projeto deste estudo.

A Deus pela força e inspiração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, pelo financiamento.

A todos os participantes que gentilmente autorizaram o desenvolvimento do estudo de caráter etnográfico.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1: O FENÔMENO DOS SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS EM INTERAÇÃO COM A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	15
1.1. Diferentes concepções sobre o processo saúde-doença.....	15
1.2. O SUS e suas diretrizes.....	20
1.3. As nuances da clínica: da clínica tradicional à clínica ampliada.....	24
1.4. Aspectos da interação estabelecida entre o médico e a pessoa atendida.....	28
1.5. O fenômeno dos sintomas vagos e difusos.....	33
1.6. Fundamentação teórica: representações sociais e práticas sociais.....	38
1.7. Objetivo geral da investigação.....	47
1.7.1. Objetivos específicos.....	47
1.8. Método.....	47
1.8.1. Sobre o campo.....	48
1.8.2. Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	48
1.8.3. Procedimento de análise dos dados.....	52
1.8.4. Aspectos éticos.....	53
CAPÍTULO 2: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: A INVESTIGAÇÃO DO CONTEXTO POR MEIO DE UM MÉTODO VIVENCIAL.....	55
2.1. Análise dos registros do caderno de campo.....	55
2.2. A vivência do método.....	58
2.3. O reconhecimento do ambiente e de suas interações.....	60
2.4. 1ª etapa de observações: ambiente geral da Unidade.....	64
2.4.1. Um evento emblemático.....	70
2.4.2. Nos corredores.....	73
2.4.3. As interações médicos-usuários no exterior dos consultórios.....	77
2.4.4. A dinâmica médico-centrada e seus efeitos.....	79
2.4.5. As condutas e afetos em relação aos possíveis usuários SVD.....	82
2.5. Considerações acerca dos dados apresentados na 1ª. etapa.....	85
2.6. 2ª etapa de observações: ambiente dos consultórios.....	94
2.6.1. Alguns números da 2ª. etapa de observações.....	97
2.6.2. As camadas mais internas: no ambiente dos consultórios.....	100

2.6.3. Características físicas dos consultórios médicos.....	102
2.6.4. A reação dos profissionais médicos diante da pesquisadora.....	104
2.6.5. Os médicos versus a gestão da Unidade.....	105
2.6.6. A ação em grupo com usuários hipertensos e diabéticos.....	109
2.6.7. A demanda geral da Unidade pelo olhar dos médicos.....	112
2.7. A relação entre médicos e usuários em geral nos consultórios.....	116
2.7.1. A entrada no consultório.....	117
2.7.2. O início da anamnese médica.....	121
2.7.3. O momento do exame físico.....	144
2.7.4. O momento da prescrição e finalização da consulta.....	145
2.8. Encontros com as sofredoras somáticas.....	154
2.8.1. A entrada da usuária SVD no consultório.....	154
2.8.2. O início da anamnese médica.....	159
2.8.3. O momento do exame físico.....	182
2.8.4. O momento da prescrição e a finalização da consulta.....	186
2.8.5. O medicamento: papel na interação entre médico e usuária SVD.....	215
2.8.6. Os encontros com homens SVD.....	219
2.9. Considerações acerca da 2ª. etapa: o interior dos consultórios.....	221
2.10. Integração: 1ª. e 2ª. etapas.....	233
CAPÍTULO 3: OS DISCURSOS PARTILHADOS SOBRE O FENÔMENO.....	239
3.1. O relato dos médicos sobre as representações e práticas destinadas aos usuários atendidos.....	239
3.1.1. Como os usuários da Unidade eram percebidos pelos médicos?.....	241
3.1.2. Os usuários em geral seriam os bons usuários? E os médicos se perceberiam como bons?.....	246
3.1.3. Os usuários chatos e as usuárias SVD eram percebidos pelos profissionais de maneira semelhante?.....	252
3.1.4. Qual a percepção sobre o comportamento das usuárias SVD?.....	259
3.1.5. O que disseram os profissionais a respeito dos homens com manifestação SVD?.....	275
3.2. Discussão dos resultados.....	277
CAPÍTULO 4: INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E ENTREVISTA.....	286

5. REFERENCIAS.....	299
6. APÊNDICES.....	308
6.1. Apêndice A : Roteiro semiestruturado de entrevista para os médicos.....	308
6.2. Apêndice B : Ficha de observação para o registro da interação médico-usuário....	309
6.3. Apêndice C : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários e profissionais da Unidade.....	310
6.4. Apêndice D : Lista de Temas identificados a partir da observação participante.....	312

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Observação participante: Temas relativos ao ambiente “aberto” da Unidade e implicações quanto aos usuários SVD.

Quadro 2. Idade e dados sobre formação e atuação dos médicos entrevistados.

Quadro 3. Alguns números da segunda etapa de observação: Usuários de todos os consultórios e suas características gerais: quantidade presente, sexo, idade, pertencimento à área assistida pelo médico e tempo de consulta.

Quadro 4. Observação participante: Temas que compreenderam Situações de médicos com usuários gerais e poderiam influenciar na interação com as usuárias SVD.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

- APS: Atenção Primária à Saúde;
- SVD: Sintomas Vagos e Difusos;
- USF: Unidade de Saúde da Família;
- OMS: Organização Mundial de Saúde;
- SUS: Sistema Único de Saúde;
- ESF: Estratégia Saúde da Família;
- CID-10: Classificação Internacional das Doenças (OMS, 10ª. Edição);
- DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 4ª. Edição);
- TRS: Teoria das Representações Sociais;
- Us.: Usuárias(os);
- A.: Estagiária de medicina que participava das consultas da médica Daniela;
- B.: Estagiária de medicina que participava das consultas da médica Daniela.

Esta velha angústia

Esta angústia que trago há séculos em mim,
Transbordou da vasilha,
Em lágrimas, em grandes imaginações,
Em sonhos em estilo de pesadelo sem terror,
Em grandes emoções súbitas sem sentido
nenhum.

Transbordou.
Mal sei como conduzir-me na vida
Com este mal-estar a fazer-me pregas na alma!
Se ao menos endoidecesse deveras!
Mas não: é este estar entre,
Este quase,
Este poder ser que...,
Isto.

Um internado num manicômio é, ao menos,
alguém,
Eu sou um internado num manicômio sem
manicômio.
Estou doído a frio,
Estou lúcido e louco,
Estou alheio a tudo e igual a todos:
Estou dormindo desperto com sonhos que são
loucura
Porque não são sonhos.
Estou assim...

Fernando Pessoa heterônimo Álvaro de Campos

Vescovi, R. G. L. (2014). Representações e práticas sociais construídas por médicos em relação a usuários com sintomas vagos e difusos na Atenção Primária à Saúde. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 313 pp.

RESUMO

O fenômeno dos sintomas vagos e difusos diz respeito a dores inespecíficas que não encontram associação direta com causa orgânica. Como fenômeno de difícil delimitação a ele são atribuídas outras denominações: somatização, Transtorno Somatoforme, Transtorno de Conversão, Transtorno Psicossomático, por exemplo. Destacamos a relevância da consideração desses sintomas para o contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que as queixas com tais características aparecem em grande número como demanda de usuários ao chegarem para o atendimento nesse contexto, em muitos países. Estes ainda se configuram como grande desafio para as equipes de saúde porque a forte referência que orienta o exercício profissional é o modelo da clínica tradicional, centrado na doença e não na pessoa que adocece, que não se revela eficaz para lidar com essas demandas. Com foco na APS, torna-se relevante investigar a clínica médica, as consultas, lócus de manejo desses casos de sintomas vagos e difusos pelo médico, com vistas a compreender como os interpretam e quais as terapêuticas desenvolvidas. A pesquisa realizada nesta dissertação teve o objetivo de compreender representações sociais e práticas sociais construídas por médicos da APS sobre usuários com sintomas vagos e difusos. Foram elaborados dois estudos: observação participante realizada em uma Unidade de Saúde da Família, dividida em duas etapas (uma no ambiente geral da Unidade e outra no ambiente dos consultórios médicos), a primeira delas compreendeu seis observações, a segunda foi realizada no período de três meses; entrevistas semiestruturadas com uma vinheta, das quais participaram os cinco médicos atuantes na mesma USF (Unidade de Saúde da Família) onde foi realizada a observação. Os dados obtidos, tanto com a observação participante quanto com as entrevistas, foram tratados a partir da análise de conteúdo temática. A

observação participante verificou a construção de imagens dos usuários com sintomas vagos e difusos (SVD): “tadinhos”, “casos difíceis”, “quase usuários” e “cansativos”. Quanto ao aspecto afetivo, estiveram presentes impaciência e enfado diante de usuários SVD. Foram observadas práticas de caráter autoritário e centradas em um modelo clínico tradicional, opondo-se à Clínica ampliada. As entrevistas revelaram aspectos do campo representacional relacionado aos usuários SVD que incluiu ideias e imagens associadas a outros objetos de comunicação na USF: usuários em geral, o “bom usuário”, pessoa doente e população de classe social menos abastada. Destacaram-se como elementos de objetivação traduzidos pelas figuras construídas sobre usuários SVD: “Meu posto, minha vida”; “Sócio da Unidade”; “Crônicos da Unidade”. Os médicos também citaram temas afeitos à Clínica ampliada como: ação comunitária; práticas voltadas à prevenção de doenças e à promoção de saúde. Os dois estudos revelaram dissonâncias quanto às práticas dirigidas aos usuários SVD, nesse sentido entre o conteúdo observado durante as consultas e as condutas relatadas nas entrevistas. Destaca-se a hegemonia da clínica tradicional calcada em relações mais médico-centradas que usuário-centradas. Sugere-se a revisão de relações normativas entre trabalhadores de saúde e usuários SVD e de abertura para a cogestão destes na decisão sobre a condução de seu tratamento.

Palavras-chave: somatização, Atenção Primária à Saúde, representação social, prática social, prática clínica.

Vescovi, R. G. L. (2014). Social practices and representations built by doctors with regard to patients with vague and diffuse symptoms in Primary Health Care Master's Thesis, Post-Graduation Program in Psychology, Centre of Human and Natural Sciences, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil , 313 pp.

ABSTRACT

The phenomenon of vague and diffuse symptoms relates to nonspecific pains that are not directly associated with organic cause. As a phenomenon difficult to delimit it also carries other names: somatization, Somatoform Disorder, Conversion Disorder, Psychosomatic disorder, for example. We underscore the importance of considering these symptoms for the context of Primary Health Care (PHC), since the complaints with these characteristics appear in large numbers as patients demand to arrive to attend this context, in many countries. The vague and diffuse symptoms still configured as a challenge to the health teams because strong reference that guides professional practice model is the traditional clinic, focused on the disease and not the person who gets sick, it is not effective to deal with these demands. With a focus on PHC becomes relevant to investigate the medical clinic, consultations, locus of handling these cases of vague and diffuse symptoms by the doctor, in order to understand how to interpret and which developed therapies. The research conducted in this thesis aimed to understand social representations and social practices constructed by PHC doctors about patients with vague and diffuse symptoms. Two studies were carried out: participant observation conducted in a Family Health Center (FHC), divided into two stages (one in the general environment of the Center and other medical offices in the environment), the first of which comprised six observations, the second was held from three months; Semi-structured interviews with a case vignette, attended the five doctors working in the same FHC where the observation was made. The data, both as participant observation with interviews, were treated from the thematic content analysis. Participant observation verified the construction of images of the patients with vague and diffuse symptoms (VDS): "poor thing", "hard cases", "almost patients" and "tiresome". Regarding the affective aspect, impatience and boredom were present before VDS patients. Practices were observed and

authoritarian character centered in a traditional clinical model, opposing the expanded Clinic. The interviews revealed aspects of the representational field related to VDS patients which included ideas and images associated with other objects of communication at FHC: general patients, the "good patient", sick person and population of a lower social class. Stood out as elements of objectification translated by figures built on VDS patients: "My health center, my life"; "Member of the Center "; "Chronic Center". The doctors also cited accustomed to expanded Clinic topics such as community action; practices aimed at preventing disease and promoting health. Both studies revealed dissonances on the practices targeted at VDS patients in this sense between the content observed during consultations and behaviors reported in the interviews. Highlights the hegemony of traditional clinical causeway where patient-centered doctor-centered relationships more. Revision of normative relations between health workers and VDS patients and openness to co-management of these patients in deciding the conduct of their treatment is suggested.

Keywords: somatization, primary health care, social representation, social practice, clinic practice.

APRESENTAÇÃO

O processo de construção do tema trabalhado nesta dissertação não foi algo tão natural e fluido como imaginava que seria ao ingressar no mestrado. Estava com uma ideia fixa e acreditava que ela deveria ser desenvolvida, uma vez fertilizada deveria ser cultivada. Algumas figuras importantes, no entanto, com as quais tive contato nessa trajetória me sugeriram o contrário. Disseram-me para pensar de forma livre e aberta sobre temas e explorar as produções de conhecimento já realizadas na área da Psicologia Social. Foi então que me entreguei à instigante tarefa de refletir acerca de possibilidades. De qualquer forma esse processo sempre é realizado em conjunto.

Possibilidades diversas e responsáveis pela elaboração de muitos temas. Agora não tinha mais um e sim dez deles. A tarefa era então ser menos aberta, mais objetiva e focada em uma área de interesse. Foi assim que optei por investigar um fenômeno imanente à área da saúde. Outro problema surgiu: como delimitar o objeto de estudo? Confesso que demorei a compreendê-lo. Muitas vezes ele me pareceu claro, outras tantas de difícil definição. Como falar sobre algo vago, inespecífico e que não é dado à observação na concretude de um corpo. Não existe lesão, mas existe o relato de um sofrimento, um estado de mal estar.

Pois bem, iria falar sobre pessoas que sofriam e esse sofrimento se expressava por meio de sintomas vagos e difusos, tais como eram reconhecidos na literatura. Mas o que considerar exatamente? Poderia considerar essas manifestações de sofrimento como Transtorno Mental Comum, enquadrando-os em uma nosografia legitimada pela biomedicina? Talvez ficasse mais fácil. Entraria em um terreno seguro e conhecido. Preferi seguir rumo a uma consideração mais ampla que permitisse ao sujeito que sofre manifestar em um momento ou outro de sua vida, sintomas vagos e difusos, sem carregar consigo o estandarte de um distúrbio. Mesmo porque, pelo fato de esse fenômeno estar geralmente associado a sintomas depressivos e ansiosos, o sujeito carregaria então não um, mas três estandartes o que seria um tanto enfadonho.

Então seriam as pessoas que manifestassem sintomas vagos e difusos no contexto da Atenção Primária à Saúde, porque esse ambiente é um dos que abriga tais manifestações. Nesse momento estive mais uma vez na companhia de grandes figuras de inspiração que me orientaram e me instigaram. Pensei então na seguinte pergunta: como seria o acolhimento dessas pessoas em uma Unidade de Saúde da Família? Mais especificamente, como os médicos lidavam com esse tipo de usuário? Será que teriam dificuldade de se relacionar com ele por não manifestarem uma doença típica? Será que o rotulariam de alguma forma? Seriam tratados da mesma maneira que um usuário convencional? Quais representações sociais eles elaborariam sobre esse tipo de usuário? Quais as práticas sociais construídas em relação a eles?

Com tantas inquietações, foi especialmente importante a exploração exaustiva do tema: o que outros autores diziam, o que tinham encontrado a respeito, quais os procedimentos e teorias empregados na investigação. Essa trajetória contribuiu para o desenvolvimento dessa dissertação da maneira como é apresentada a seguir. Optei por redigi-la na primeira pessoa do plural, uma vez que foi fertilizada, cultivada e enfim cresceu pelo empenho coletivo das pessoas envolvidas.

CAPÍTULO 1

O FENÔMENO DOS SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS EM INTERAÇÃO COM A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Este trabalho visou abordar relações entre médicos e usuários de um serviço público de Atenção Primária à Saúde, especialmente nas consultas individuais. O interesse recaiu mais especificamente nos conjuntos de ideias e ações construídos em torno dos usuários com sintomas vagos e difusos (SVD), qualificados frequentemente (e de forma um tanto pejorativa) de “poliqueixosos”. Esclarecemos que o termo é pejorativo por reunir atributos negativos em relação a esses indivíduos mencionados, associados a uma ideia de que se queixam sem motivo legítimo. Lembramos ainda que o termo não encontra respaldo na literatura técnica da área de medicina, sempre é apresentado entre aspas, mesmo nas descrições verificadas em prontuários, aproximando-se mais ao senso comum.

A dificuldade de delimitação dos sintomas vagos e difusos esteve a todo o momento presente nas pesquisas consultadas sobre o tema. Tratava-se, percebemos com o tempo, de um campo sinuoso, de imprecisão conceitual, característica que também impregnou o campo de representações dos profissionais em relação aos usuários que manifestavam esses sintomas, orientando práticas sociais peculiares.

Antes de tratar desse assunto, é necessário dedicar alguns tópicos à reflexão sobre diferentes formas de conceber saúde e doença, sobre relações entre médicos e usuários e sobre a clínica. Esperamos assim tratar de conceitos que serão importantes para a compreensão do estudo que, com desenho qualitativo, foi baseado principalmente na observação participante.

1.1. Diferentes concepções sobre o processo saúde-doença

A saúde é tradicionalmente associada a noções como normalidade, normatividade e bem-estar. Tais conceitos acerca do tema foram formulados em

relação à concepção de homem e ao momento histórico e econômico tomado como referência. Alguns deles serão apresentados e discutidos brevemente.

A historicidade torna-se elemento fundamental ao se pensar em teorias e explicações formuladas sobre dado fenômeno. Sugerimos como base para reflexão da complexidade da realidade objetiva a perspectiva da diversidade de paradigmas. Sendo assim, é possível questionar aqueles que levantam a bandeira de uma verdade única e absoluta, principalmente no que se refere à saúde e à doença. As ideias não estabelecem uma correspondência imediata e verdadeira com a realidade do fenômeno. Elas são produzidas por autores que são sujeitos históricos, produtores e produtos da realidade (Chauí, 1980).

Dado esse breve comentário sobre a importância de se contextualizar o momento de produção de saberes, cabe retomarmos as condições históricas da formação inicial do conceito de saúde, para caminharmos no sentido de uma compreensão do processo de produção do fenômeno. A doença foi definida por Hipócrates no século V a.C., como um desequilíbrio dos “humores” que, no pensamento grego, constituíam o organismo humano. Tratar-se-ia de um processo cujas causas eram naturais, vinculadas estritamente ao organismo, a uma questão biológica (Gutierrez & Oberdiek, 2001).

Atualmente, uma das formas de compreensão do processo saúde-doença está fundamentada em parâmetros científicos muito bem definidos, o que não deixa de representar uma continuação da ideia de naturalização construída por Hipócrates. A definição mais utilizada pelos profissionais de saúde tende a ligá-la à noção de normalidade. Essa correspondência foi destacada por Christopher Boorse, filósofo da medicina do século XX, quando enunciou que a normalidade referia-se ao funcionamento pleno do organismo de acordo com a atribuição feita a cada parte que o constitui (Caponi, 2003).

Boorse concebe a saúde como ausência de doença e elabora um modelo bioestatístico de saúde-enfermidade, no qual não há lugar para considerações sobre questões subjetivas. Ao homem não é permitido dizer sobre seu sofrimento. Tudo é reduzido a frequências e a parâmetros estatísticos (Caponi, 2003). A prática clínica à qual essa perspectiva se afina é aquela que busca investigar os

sinais e os sintomas característicos de uma patologia, com a finalidade de curá-la de modo a restabelecer a condição de normalidade do corpo (Merhy, 2009).

Seguindo essa linha de raciocínio, destaca-se uma concepção de saúde calcada na expectativa social que se elabora em relação a um indivíduo, em dado momento histórico. Estabelece-se um parâmetro de normalidade e espera-se que o indivíduo normal se enquadre nele. O que nos leva a entender o indivíduo saudável como aquele que está incluído em uma norma, em um padrão previamente estabelecido (Caponi, 2009).

Essa ideia é reforçada por Caponi (2009) quando analisa os pressupostos do “biopoder”, conceito elaborado pelo filósofo Michel Foucault. O autor destaca que, em linhas gerais, o “biopoder” é o poder exercido sobre os corpos visando ao seu controle e domesticação. Esse poder gera parâmetros de normalidade que, se não forem contemplados, fazem emergir o desvio. Nesse contexto há um privilégio da norma e a reafirmação de que só é possível conceber o normal em relação ao seu oposto, representado pelos desviantes da norma.

De acordo com Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2008), mesmo que exista referência no discurso médico à importância de um olhar mais amplo sobre o adoecimento, contemplando a ideia do “ser biopsicossocial”, ainda há prevalência do aspecto biológico sobre os outros. Isso significa que as informações destacadas pelo campo da biomedicina são aquelas de fácil mensuração, o que exclui as informações de caráter mais abstrato, constituintes da vivência humana.

A dualidade entre a normalidade e seu oposto (anormalidade) pode ser repensada a partir da ótica desenvolvida por Canguilhem (1995) acerca da saúde-doença, que diz respeito à normatividade. Isso quer dizer que um fenômeno que se apresenta como normal diante de certas circunstâncias pode sofrer alterações quando essas são modificadas, tornando-se patológico. No entanto, somente aquele que sofre essa transformação pode atribuir significado a ela, porque ele sabe e sente o quanto é capaz de lidar ou não com a nova situação que vivencia (Canguilhem, 1995).

O indivíduo normativo é aquele que tem a capacidade de construir condições de vida correspondentes à sua realidade que não são, necessariamente, aquelas demandadas por uma norma instituída socialmente.

Essa dimensão que está para além do organismo, contempla a subjetividade do indivíduo, por considerar sua capacidade particular de adaptação à sua condição, que difere da maioria. Além disso, inclui aspectos subjetivos inerentes à experiência humana como a dor e o prazer, tornando a concepção do corpo mais ampla e menos restrita aos limites apenas orgânicos (Canguilhem, 1995). Se a dor é um aspecto imanente ao humano, podemos pensar que a questão do sofrimento não se restringe aos contornos definidos por uma psicopatologia. Por integrar a existência, a dor pode ser abordada a partir de intervenções e manejos terapêuticos que ultrapassem a prescrição medicamentosa como único recurso.

A definição da OMS (Organização Mundial de Saúde) nos diz que a saúde é “um estado de bem-estar completo tanto físico, quanto mental e social não meramente uma ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946, p. 01). Existem críticas em relação a essa definição por ela parecer utópica, uma vez que é impossível alcançar um “completo bem-estar”, abarcando todas as instâncias que compreendem um sujeito (Dejours, 1984). Para Dejours (1984), saúde não se traduz por “não ter problemas”: saúde é “luta”, é ter os meios de lutar pelo bem-estar, frente aos inevitáveis desafios biopsicossociais da realidade humana.

Em sentido semelhante, Caponi (2009) destaca que pensar em saúde como bem-estar geral leva a uma desconsideração do sofrimento individual, uma vez que são descartados processos inerentes à vida como as angústias, os erros e os fracassos, por exemplo.

Discute-se que para atender a todos os aspectos apontados de modo coordenado com o objetivo de promover saúde, tal como preconiza a OMS, inúmeros setores da sociedade teriam de se mobilizar nessa mesma direção. Políticas públicas adequadas seriam necessárias, não somente de saúde, mas sociais, educacionais, entre outras, incluindo a abordagem das questões que poderiam desencadear o sofrimento mental, por exemplo. Ressalta-se, sob essa perspectiva, o grande potencial da articulação entre as políticas públicas no setor da saúde àquelas de outros setores, para garantir a saúde das comunidades. Ao mesmo tempo essa articulação coloca-se como um desafio. Em muitas sociedades tais políticas não se associam impedindo o incremento à prestação de serviços de caráter universal (WHO, 2008).

No entanto, há de se considerar que a definição de saúde da OMS ao menos sugere compreender o ser humano de maneira global e integrada, características do paradigma psicossocial. Aqui, a questão não está focada em delimitar o normal e o anormal, seguindo uma concepção bioestatística de saúde-enfermidade, baseada em uma média numérica, na qual a saúde está ligada à funcionalidade plena dos órgãos, tal como Boorse conceituou (Caponi, 2003), mas de considerar que existe um doente e não apenas uma doença.

Há um sujeito em sofrimento e, por isso, faz-se necessário incluir na noção geral de saúde, a dor e o prazer como dimensões que dão forma a um corpo subjetivo. O fenômeno amparado por essas dimensões torna-se menos mensurável, desviando-se dos enquadramentos estatísticos (Caponi, 2009). Não se pode desconsiderar o sofrimento individual, que só o próprio sujeito é capaz de traduzir. É ele quem tem a voz, quem pode dizer a que seu *pathos* se associa. Permitir que o sujeito fale e atribua novos significados aos seus sintomas o eleva à condição de ser que padece, mas que é capaz de gerir sua própria dificuldade.

Existem autores que contemplam outras dimensões relacionadas à saúde-doença como Almeida, Castro e Vieira (1998). Eles entendem esse binômio como promoção do bem-estar e prevenção da doença em que cada um e todos passam a ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde. A ênfase na promoção e na prevenção abre uma nova perspectiva na compreensão desse fenômeno: aquela da determinação social da doença.

O processo de saúde e doença representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e de desenvolvimento científico da humanidade. O fato é que se passa a considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais (Almeida et al., 1998; Caponi, 2009).

Até aqui, foi possível ver que o entendimento do processo saúde-doença remete à concepção de sujeito. Se o Homem é concebido a partir de uma dimensão biológica, a doença representa a disfunção desse corpo, visão que encontra ressonância no paradigma biomédico. Por outro lado, se o Homem é concebido como corpo subjetivo, a saúde e a doença são dadas a partir da

percepção que ele tem de sua realidade e se ele consegue ou não lidar com as diversas situações que se colocam diante dele, ideia que se aproxima do modelo psicossocial.

Pensar os indivíduos considerando apenas um de seus aspectos, o social ou o biológico, por exemplo, pode implicar em restrição de técnicas de cuidado em saúde. Ao passo que a consideração das múltiplas dimensões do humano, psicológica, social e biológica, contribui para a ampliação do fenômeno, reafirma sua complexidade e amplia as alternativas para lidar com as demandas do sujeito. O fenômeno humano visto dessa perspectiva leva à convocação de diferentes áreas do saber que possam dar sua colaboração teórica, com a finalidade de compreendê-lo em sua multiplicidade e de possibilitar a formulação de novas técnicas e formas de intervenção.

Podemos falar em Saúde Coletiva, campo de conhecimento que propõe uma ampliação do conceito de saúde, ações instersetoriais, equipe multidisciplinar entre outros recursos, com a finalidade de responder às necessidades de saúde individuais e coletivas. Conforme Campos (2011), a Saúde Coletiva se configura como expressão de resistência à hegemonia do paradigma biomédico, cujo esquema analítico-conceitual reduz o fenômeno humano a parâmetros calculáveis. Retomaremos mais adiante essa concepção.

1.2. O SUS e suas diretrizes

Este trabalho aborda a relação entre médicos e usuários de serviços públicos de saúde. Uma compreensão mais ampla do funcionamento desses serviços pode ser alcançada ao considerarmos o Sistema do qual fazem parte. No Brasil, a gestão se faz pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolveu diretrizes específicas para as práticas de saúde a serem adotadas pelas pessoas que compõem sua rede de recursos. O SUS é uma política pública de saúde, construída ao longo da redemocratização do Brasil, por meio do Movimento Sanitário, encabeçado por diferentes categorias como profissionais da saúde, pesquisadores e membros da sociedade civil, no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Ele é um serviço de orientação pública, nascido no intuito de garantir

um princípio constitucional que é a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado (Vasconcelos & Pasche, 2006; Matta, 2008).

O SUS (Constituição de 1988, Lei 8.080/90) comporta uma concepção de saúde abrangente, que compreende determinantes de diversas naturezas como o econômico, o social, o cultural e o biológico, de modo a não reduzir o processo de adoecimento à presença ou não de doença, procurando desvencilhar-se da ideia hegemônica de base biomédica. Não se pode, de acordo com essa perspectiva, incluir apenas as dimensões biológicas e individuais. Cabe ao sistema de saúde a construção de novos modos de produção de saúde (Vasconcelos & Pasche, 2006; Matta, 2008). Os princípios que norteiam esse modelo são descritos por Matta (2008): “saúde como direito social – condição de cidadania; universalidade – para todos; igualdade – assistência sem preconceitos ou privilégios; equidade – atenção de acordo com as necessidades [...]”¹; integralidade – preservação da autonomia das pessoas; direito à informação às pessoas assistidas, sobre a sua saúde” (p. 96).

Como estratégia operacional, o SUS adotou um modelo de atenção denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), na Atenção Primária à Saúde (APS), que foi implantada inicialmente como programa em 1994. Na composição das Equipes de Saúde da Família devem participar profissionais de diferentes formações. No mínimo um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Outras categorias profissionais já estão sendo integradas a essas equipes, como odontólogos. Este modelo é de base comunitária convergindo com as ideias preconizadas pela Reforma Psiquiátrica (Oliveira, Vieira & Andrade 2006). Por essa afinidade quanto aos princípios entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, evidencia-se a importância da consideração sobre o cuidado voltado aos casos de saúde mental na APS (Souza, Menandro, Couto, Schimith & Lima, 2012).

A ESF consiste em um modelo organizacional da Atenção Primária à Saúde, o primeiro nível de atenção do SUS, tendo como atribuições a articulação da promoção de saúde, prevenção e do acolhimento. Ela é uma das portas de

¹ Esse símbolo será utilizado ao longo do trabalho para indicar supressão, pela autora, de parte de textos citados ou de falas recolhidas pela pesquisa.

entrada no SUS e referência para os outros níveis de complexidade de atenção (Heimann & Mendonça, 2005).

O acolhimento como um dos pilares que suporta o fazer no campo da Atenção Primária deve ser destacado. Ele corresponde ao encontro entre profissionais de saúde e usuários e constitui o território das chamadas “tecnologias leves”, por envolver tecnologias das relações em oposição às “tecnologias duras”, calcadas em procedimentos e exames. Elas operam no campo da atenção em saúde e podem ser realizadas por qualquer trabalhador que atue na área. Elas são usuário-centradas e visam ao estabelecimento de relações calcadas na escuta, na responsabilização, na constituição de vínculos e compromissos na intervenção. Em última análise, atuam no controle do sofrimento e/ou na produção de saúde (Franco, Bueno & Merhy, 2003).

Apropriar-se desse conceito permite pensar em termos de Saúde Coletiva, campo de saber que adota o método organizativo de vigilância à saúde para intervenção na vida da coletividade. Conforme enuncia Campos (2003), há uma busca pela promoção da saúde e pela prevenção de doenças junto à população. Amplia-se assim, a compreensão do objeto “saúde” pelas áreas da Saúde Coletiva e da Clínica. Isso propicia uma atuação voltada não só a fatores individuais, mas também a outros de maior abrangência na determinação da saúde como: as condições do ambiente, as organizações sociais, as relações estabelecidas no território, aspectos a serem considerados também como objetos de intervenção dos serviços.

Cabe trazer à tona uma característica fundamental da vigilância: o fato de ela carregar resquícios de uma historicidade que tem por base um modelo de saúde pública assistencialista. Nesse modelo, preponderava o saber médico e a prática da medicina tradicional, curativista, centrando-se na doença. Isso quer dizer que, muitas vezes, privilegiam-se normas relativas à doença e a cuidados sanitários no ambiente, negligenciando o sujeito que adoece. São vistas as epidemias e não as pessoas e a realidade sanitária é manipulada. Fatores que acabam por dificultar a implantação efetiva de um modelo contra-hegemônico proposto pela ESF (Campos, 2003; Campos, Gutiérrez, Guerrero, & Cunha, 2008).

As diretrizes do SUS encontram resistência em sua aplicação em função desta permanência, em sua própria base, de concepções acerca da saúde que se afinam mais ao paradigma biomédico que ao psicossocial (Heimann & Mendonça, 2005). Talvez essa seja uma das razões que sustente posturas dogmáticas de profissionais. Posturas caracterizadas por uma adesão ao conhecimento científico que corresponde à fé, sobretudo porque almejam à categoria de dogmas, e por procedimentos técnicos de trabalho e de gestão incongruentes com as diretrizes defendidas pelo SUS.

A postura do médico se associa assim à figura do seminarista, exercendo uma função ou missão apostólica, como afirma Balint (1984). Isso significa que o profissional se apropria de uma ideia acerca do modo como um paciente² deve se portar quando está doente, o que interfere diretamente na sua intervenção. De acordo com o autor, os médicos se comportam como se detivessem uma revelação sobre o que os pacientes deveriam ou não esperar e suportar. Sendo assim, parecem se portar como detentores de um poder sagrado com o objetivo de converter seus pacientes à sua crença, partindo do pressuposto da ignorância e da incredulidade desses últimos.

Sobre isso, Campos (2011) enuncia que o predomínio da razão técnica, sustentáculo do modelo biomédico, é o responsável por uma prática alienada cuja finalidade é o controle da vida das pessoas, subordinando-as a parâmetros respaldados pela ciência. Esse caráter normativo da prática médica, ainda hegemônico na saúde pública, negligencia interesses, valores e necessidades dos indivíduos atendidos.

O trabalho no setor público de saúde brasileiro depende de uma gestão compartilhada entre profissionais de diferentes áreas. Todos devem construir conjuntamente diretrizes de trabalho, em uma relação de cooperação, apoio e troca de saberes. A dinâmica de trabalho parte de uma proposta interdisciplinar, em que é necessário o diálogo entre saberes e fazeres diversos. Campos e Domitti (2007) nos ensinam que em todo o trabalho desenvolvido em equipe há

² A palavra paciente será utilizada quando houver uma referência à pessoa atendida pelo médico em um contexto geral. Quando o contexto em que se estabelecer a relação entre médico e a pessoa atendida for específico, no nosso caso disser respeito ao serviço público de saúde, a palavra utilizada para designar essa pessoa será usuário(a).

de se privilegiar a relação entre sujeitos distintos de forma dialógica, uma vez que esta relação envolve não só a troca de saberes como de valores e o exercício de papéis variados. Levanta-se a questão sobre as maneiras de conciliar as diferentes bases de formação em um cuidado integrado que conclama um olhar psicossocial.

No intuito de aproximar as reflexões feitas ao nosso tema, podemos pensar que em um atendimento no campo da Atenção Primária, em uma Unidade de Saúde da Família, foco dessa análise, o médico precisa possuir um olhar mais abrangente acerca do ser humano que se coloca à sua frente, de modo a ampliar as possibilidades de atuação clínica, valendo-se do saber de outros campos científicos em sua prática. É a partir da abertura de seu saber a outros saberes que esse profissional poderá realizar uma análise mais completa e encontrar alternativas eficazes às demandas dos usuários. Se esse processo não acontece, o profissional corre o risco de um exercício médico ritualizado, por sua repetição, e pouco resolutivo (Fernandes, 1993).

1.3. As nuances da clínica: da clínica tradicional à clínica ampliada

Ao falar de um modelo de atenção que orienta práticas de caráter solidário, em que há trocas de saberes e técnicas mais resolutivas, devemos pensar em outro elemento que interfere na atuação dos profissionais na APS que é o poder. A assimetria nas relações estabelecidas com os usuários é deflagrada no cotidiano institucional, demarcando lugares sociais de superioridade e de inferioridade: o superior (que detém todo o saber) e o inferior (destituído de saber). O que torna mais claras as relações de poder subjacentes às práticas sociais. No contexto dos serviços públicos em que a demanda é composta, em sua maioria, por pessoas de classe popular esse processo assume formas ainda mais flagrantes (Sampaio & Silva, 2010).

Entendemos a importância das práticas sociais na produção de sujeitos e de realidades, uma vez que o indivíduo subjugado acaba por se reafirmar no lugar em que é colocado, retratando a desigualdade que permeia as relações sociais. O papel das práticas de saúde acaba por se tornar pedagógico nesse sentido, porque leva as pessoas a internalizarem a ideia de que são incapazes e de que,

por isso, têm o tratamento que merecem. Elas farão a transposição dessa ideia do microambiente de um serviço de saúde para o macroambiente das relações sociais adotando práticas sociais correspondentes (Merhy, 2009). É o caráter das práticas de cuidado estabelecidas no âmbito das instituições que reforçará domínios, trocas de saberes e formará a base para a partilha de códigos que darão significado à vida.

A prática clínica, em instituições de saúde, assume numerosas formas. Campos (2003) estabeleceu diferenças importantes entre três faces principais apresentadas pela clínica. Chamou-as de Clínica Oficial, Clínica Degradada e Clínica Ampliada. Conforme o autor a Clínica Oficial refere-se à clínica tradicional, inserida nos domínios da ciência com saberes e procedimentos normalizados. A Clínica Degradada adquire esse caráter se comparada à Oficial, seu parâmetro. Ela é considerada degradada por sofrer pressão externa de diversos aspectos como políticos e econômicos, que implicam restrições a uma prática plena da Clínica tradicional. Degradada também pelo exercício de condutas alienadas de médicos que desconsideram, por vezes, a singularidade dos usuários que atendem.

Já ao falar sobre a terceira face da clínica, a Ampliada, Campos (2003) a apresenta como proposta de revisão da Clínica Oficial, de acordo com ele, limitada quanto ao objeto de intervenção – a doença. Essa revisão aponta a necessidade da abrangência do objeto de estudo e de práticas da clínica. Trata-se de considerar além da enfermidade, o sujeito e seu contexto, abrindo caminho à construção de dispositivos clínicos que ultrapassem os procedimentos técnicos padronizados.

Nesse sentido, faz-se mister agregar ao paradigma de uma Clínica Ampliada o conceito de *empowerment*. Ele se refere ao incentivo do empoderamento de grupos sociais e indivíduos nas relações que estabelecem com instituições e outros indivíduos. Trata-se de disseminar o poder especialmente àqueles submetidos a situações de opressão e de dominação. São situações de submissão que geralmente marcam modos de relação igualmente opressivos (Vasconcelos, 2001).

Promover o diálogo entre saberes diversos, no contexto do SUS, e empoderar os usuários significa adotar um dispositivo clínico não aplicado de maneira tradicional e sim de modo ampliado. O objeto da Clínica é o adoecer como um processo. Por essa razão, o valor maior está naquele que adocece, em todos os aspectos que o fazem padecer. Envolvidos nesse processo, estão diversos determinantes que podem ser abordados quando olhares diferentes são convocados (Campos, 2003; Campos & Amaral, 2007; Brasil, 2009). Não é apenas a lógica que rege o modelo tradicional de fazer medicina que será suficientemente potente defronte ao sofrimento que é apresentado pelo usuário. Há de se considerar que a dor do usuário apresenta capilaridade, muitas vezes, atingindo as dimensões emocionais e sociais, por exemplo (Fernandes, 1993; Favoreto, 2007).

Favoreto (2007) afirma que a maneira de o médico se apropriar de um modo ampliado de praticar a clínica passa pela adoção de uma racionalidade diversa da tradicional. Enquanto essa designa uma lógica linear e causal, na qual ganham força conceituações da doença com seus sinais e sintomas, a outra representa uma forma de pensar o adoecimento como processo, por meio da integração de conceitos como o contexto que favoreceu o adoecimento e o significado que este assume para o paciente. Nesse sentido a prática torna-se mais abrangente, realizando-se por meio da escuta e da observação das diferentes maneiras de manifestação do sofrimento. Aqui, o sofrimento assume diferentes nuances correspondentes à pessoa que padece, inclusive considerando os fatores de sua pertença a dado grupo cultural e as suas experiências pregressas com o adoecer.

A orientação para a prática de uma Clínica ampliada, não convencional, impõe-se como parte da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, desenvolvida pelo Ministério da Saúde e representa um dispositivo de mediação e envolvimento de variadas perspectivas e áreas do conhecimento. De acordo com essa concepção, incluem-se olhares profissionais diversos. Em um momento ou outro será destacado um enfoque, sem, contudo, negligenciar outras orientações que possam contribuir com uma ação conjunta (Campos, 2003; Brasil, 2009).

Podemos incluir outra perspectiva que converge com o paradigma de Clínica ampliada preconizado pelo SUS, especialmente no que diz respeito ao incentivo da autonomia do paciente e de sua consideração como sujeito multideterminado. Trata-se de um método clínico centrado na pessoa, entendido como um processo que congrega a pessoa e a enfermidade. Tem por objetivo entender a experiência da pessoa com a sua doença em todos os níveis, afetivo, cognitivo e da patologia (Bedrikow & Campos, 2011).

Pendleton, Schofield, Tate e Havelock (2011) basearam-se neste método clínico para criar o conceito de “ciclo de cuidado”. A partir dele, a prática clínica é concebida como parte de um ciclo que agrega diferentes elementos que interferem na sua condução. Esse ciclo pressupõe uma sequência de eventos que se modificam reciprocamente, em que são observadas interações envolvendo pessoas de diferentes formações e papéis em um serviço de saúde. Dentre as interações destacamos as que compreendem o médico e o paciente em que pesam fatores como: a compreensão do estado do paciente ao chegar para a consulta, como ele se comporta durante esse encontro com o médico, como se comporta depois desta situação, como o médico conduz a consulta, sua motivação, fatores cognitivos e afetivos envolvidos e a concepção de que as consultas melhoram de acordo com a compreensão que se tem da saúde do paciente.

A importância de apresentar essa nova perspectiva é levantar a questão do cuidado em saúde como fundamental e pertencente a todo processo clínico. Ele está presente desde o momento em que o paciente é acolhido por profissionais de saúde no ambiente geral de uma Unidade de Saúde, por exemplo, até a finalização do atendimento a suas demandas.

Consoante aos modelos abordados, está a política de saúde anteriormente referenciada. Ela carrega consigo uma aposta na Clínica ampliada com o intuito de integrar processos de atenção e gestão que implicam dissolução do fosso existente entre a produção de saúde e os métodos e procedimentos de gestão; entre a clínica e as relações hierarquizadas estabelecidas pelos membros da equipe. A proposta é permitir novas formas de se produzir e de fazer circular o poder. Assim, trabalha-se com a ideia de redes, isto é, de formação de vínculos,

participação coletiva, autonomia, protagonismo dos sujeitos, valores reforçados pela corresponsabilização, em que tanto gestores, quanto trabalhadores e usuários têm a possibilidade de transformar processos de saúde. Todos os sujeitos envolvidos têm valor (Campos & Amaral, 2007; Brasil, 2009).

Adotamos a contribuição de Bedrikow e Campos (2011) de congregar esses dois modelos – o de “ciclo de cuidado” e de Clínica ampliada - em uma corrente de bases teóricas comuns e complementares, discordantes daquelas propaladas pela corrente da clínica tradicional, porque lança luz a elementos como sentimentos, experiências, autonomia e peculiaridades da pessoa que adoece em oposição à consideração unilateral da patologia, descolada de seu contexto e de seu portador.

1.4. Aspectos da interação estabelecida entre o médico e a pessoa atendida

Toda clínica consiste em uma relação estabelecida entre os envolvidos. No contexto do consultório a clínica normalmente se realiza por meio da consulta. A consulta é em primeira instância, a prestação de um serviço técnico a ser desempenhado de diferentes formas, como, por exemplo, sob a forma de uma entrevista. A entrevista no contexto médico não se reduz à anamnese, que representa a síntese da história clínica do usuário, mas avança no sentido do estabelecimento de uma relação interpessoal. Na anamnese, seguindo o modelo tradicional, há uma preocupação restrita à reunião de dados sobre a doença, polarizando a relação entre profissional e usuário. De um lado existe um doente que deve fornecer informações específicas sobre sua doença e de outro o médico que seleciona e direciona o conteúdo dessas informações, considerando irrelevante qualquer outra contribuição do usuário que não siga um roteiro específico (Bleger, 1998).

Na APS, solicita-se uma prática médica diferenciada em que esteja presente, além do conhecimento técnico, a apreciação de modos de vida. Isso facilita uma prática médica eficaz no estabelecimento de uma relação mais humanizada entre médico e usuário (Fernandes, 1993). Técnicas de entrevista podem auxiliar o profissional nessa empreitada, como recurso para tornar o momento da consulta algo diferente de um interrogatório. A entrevista pode ser

definida como recurso comunicacional que viabiliza o desenvolvimento de uma “relação humana” entre duas ou mais pessoas. Incluir a entrevista na prática médica significa se valer de um procedimento potente no estabelecimento da relação médico-paciente. Ela pode abrir espaço a outras dimensões do humano além da orgânica, no consultório, por meio da escuta e da consideração do paciente como aquele que estabelece e configura o campo da relação interpessoal (Bleger, 1998).

Há de se considerar também outros elementos que interferem no estabelecimento da relação médico-paciente como: a alta rotatividade de médicos nas instituições, a precariedade do espaço físico, a organização dos serviços, a diferença cultural e social que influencia diretamente na comunicação entre médico e paciente, bem como a proxêmica que trata do modo como as pessoas usam e reagem à disposição espacial nas interações (Caprara & Rodrigues, 2004).

Ao introduzir essas outras dimensões, voltamo-nos também aos afetos. Sendo o momento de consulta caracterizado como a relação entre médico e usuário, não podemos pensar que ele seja isento da influência dos afetos que circulam na situação em que duas ou mais pessoas interagem. A afetividade estará sempre atuando, isso quer dizer que não é possível manter um distanciamento do outro isolando a relação de qualquer influência de elementos que ultrapassem o campo da racionalidade. Na troca entre duas ou mais pessoas sempre farão parte afetos como a empatia, o medo, a resistência, a solidariedade, entre outros (Fernandes, 1993).

A prática médica, no entanto, está atravessada por princípios de um sistema capitalista de produção que designa uma relação reduzida a uma troca comercial entre profissional e sua clientela (Tesser, 1999; Sampaio, 2010). Tais concepções, mais afinadas ao paradigma de saúde hegemônico, determinam o estabelecimento de trocas desiguais entre médicos e pacientes. Aqui o importante é a quantidade de atendimentos e não a qualidade da relação. Esses fatos podem encontrar explicação no processo de formação dos profissionais que acabam por apresentar, nos serviços de saúde, através de práticas de assistência, as orientações aprendidas no meio acadêmico. Desta forma, esteja em qualquer

contexto, público ou privado, a relação envolvida dirá respeito a um profissional liberal e a seu cliente ou àquele que presta um serviço de saúde a um usuário. O efeito dessas relações muitas vezes é o de excluir o usuário, destituindo-o de voz sobre seu próprio sofrimento, postura que o faz não se sentir acolhido e que reafirma seu lugar de destituído de saber (Sampaio, 2010).

Outra explicação para uma prática centrada mais na doença que no indivíduo que adocece e vivencia o sofrimento está na própria história do conhecimento médico. Como afirmam Caprara e Rodrigues (2004), o desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética contribuiu para o fortalecimento do paradigma biomédico, que privilegia o estudo da patologia em detrimento do interesse pela experiência do paciente. Ao longo dos anos, foram surgindo cada vez mais técnicas sofisticadas para o diagnóstico e o tratamento, corresponsáveis por suplantarem a relação entre o médico e o paciente.

Priorizar a relação entre esses dois protagonistas é dar visibilidade a outros valores e, porque não dizer, a outra racionalidade diferente da técnica. É exercer a racionalidade da práxis que, como nos ensina Campos (2011), implica um saber compreensivo que congrega o conhecimento técnico a um sistema de valores e de diretrizes ético-políticas. Isso significa lançar mão de recursos para lidar com seres humanos heterogêneos que requerem, para seu acompanhamento, capacidade reflexiva e criativa. É integrar à clínica a observação do contexto, a escuta, a relação entre usuários e seus familiares e a partilha de decisões durante a prática.

Ao partilhar as decisões, o profissional permite a apropriação, por parte do usuário, de seu processo de adoecimento e promove a construção de sua autonomia. No entanto, isso não nos mostra quais os parâmetros para avaliá-la. Campos e Amaral (2007) dirão que tais parâmetros podem ser encontrados ao se observar de que forma o usuário lida com suas situações adversas, como compreende seu próprio processo de adoecimento e como atua sobre ele. Ensina-nos Campos (2003) que a inversão do objeto (da doença para o doente) e do objetivo do trabalho clínico (da cura para a invenção de saúde), pode conduzir a mudanças substanciais na forma de intervir dos profissionais, que

tradicionalmente são materializadas em métodos diagnósticos e condutas ortopédicas.

Há consideração aqui das dimensões psicológica, social e biológica, o que leva a ultrapassar uma clínica restrita a prescrições medicamentosas e a métodos aplicados de forma unilateral, permitindo conquistar outros dispositivos terapêuticos como a escuta, a educação em saúde e o apoio psicossocial. O usuário deixa de ser tratado a partir de uma postura autoritária do profissional associada a dois tipos de comportamento: a de detentor do saber que tem diante de si um corpo passivo a ser manipulado; a de autoridade maior, voltada para uma pessoa infantilizada que deve obedecer, sem questionar os mandos dos profissionais (Campos & Amaral, 2007).

Quando a atuação profissional restringe-se à doença, todo o sofrimento apresentado por usuários é candidato à medicação. Esse procedimento de utilização exclusiva da medicação como recurso terapêutico é parte do processo de medicalização da vida, que engloba todo e qualquer problema humano e o torna objeto de intervenção de tratamentos médicos. O psicofármaco ganha destaque nesse aspecto. Ele surge primeiro como artifício tecnológico capaz de eliminar as inquietações insurgentes. Depois ele se transfigura em fórmula mágica, apresentada como panaceia (Dantas, 2009).

É necessário que o usuário e todos os outros sujeitos que compõem a sua rede de relações possam ser encorajados a falar sobre suas vidas. Assim, eles criam modos genuínos de enfrentamento do cotidiano. Esses discursos devem ser valorizados e acolhidos pela equipe de saúde, inclusive quando se referem às angústias e a medos em relação à evolução da doença ou aos sintomas apresentados e ao quadro atual de saúde (Brasil, 2004).

No cuidado em saúde, estão implicadas relações em que os dois atores envolvidos, profissional e usuário, valem-se de representações para atribuir sentido à experiência do adoecimento. Nessa rede de significados, as reações do profissional diante do fenômeno influenciarão a reação do paciente ao seu sofrimento. A conduta de um influencia a do outro de maneira ininterrupta enquanto durar a relação, isso de forma intencional ou não. É importante dizer que, nesse processo de influência recíproca, não só a palavra tem papel

fundamental, mas também os elementos extra-verbais, representados pela tonalidade de voz, gestos, etc. (Bleger, 1998).

O paradigma biomédico, sobre o qual os profissionais da saúde sustentam suas práticas, alguns profissionais sendo fortemente influenciados enquanto outros menos, tende a reforçar as dicotomias indivíduo/sociedade, saúde/doença, mente/corpo, e a enquadrar manifestações de dor em quadros sindrômicos objetivamente descritos em manuais. Segundo Helman (1994), as pessoas que manifestam dado sintoma, com a expressão de dor, serão reconhecidas como passíveis de cuidados se tais manifestações corresponderem ao que é esperado socialmente de um quadro típico de doença. Alimenta tais condutas a visão que enfoca um corpo que comporta órgãos e que ofusca a “pessoa que adocece” em suas outras dimensões (Merhy, 2009).

Tal lógica exclui olhares e não suporta as diferenças na atuação de um trabalho multidisciplinar, que pressupõe gestão horizontalizada, na qual nenhum saber é soberano. Bleger (1998) reafirma essa ideia, dizendo que realizar uma prática estereotipada, com procedimentos rígidos que levam a atuações ritualizadas, é sinal de alienação profissional. Alienar-se nesse contexto consiste em exercer o ofício de forma isolada, sem partilhar as dificuldades e dúvidas com profissionais de outras áreas do conhecimento. A consequência dessa postura é a reprodução de uma prática autoritária.

Temos então que uma postura de onipotência por parte dos profissionais de saúde pode agravar a sensação de vulnerabilidade do usuário, uma vez que este já enfrenta uma série de dificuldades em setores diversos de sua vida, além de se deparar com a privação, muitas vezes, de acesso a diferentes serviços, de educação, saneamento, etc. (Sampaio, 2010). Trata-se de opressão do usuário, segundo Moffatt (1986). A postura autoritária desencadeia uma prática clínica baseada na desqualificação cultural, que compromete a relação porque despreza representações, valores e mitos elaborados pelos pacientes. Isso o conduz à dependência.

1.5. O fenômeno dos sintomas vagos e difusos

Fenômenos como saúde e doença encontram no paradigma biomédico definições que amparam os profissionais de saúde em suas práticas, teorias que se afirmam como verdade e como superiores ao conhecimento do senso comum. No entanto, como esse paradigma, que se sobrepõe a outros, é capaz de explicar fenômenos que escapam aos seus domínios consolidados sobre saúde e doença, como a dor sem lesão ou sem correspondência com uma disfunção orgânica? De que forma esse fenômeno, entre outros de mesma ordem, são entendidos e gerenciados em contexto de saúde pública? Um exemplo de fenômeno que se enquadra em tais especificações são os sintomas vagos e difusos.

Para iniciar a apresentação do fenômeno abordado indicamos um estudo de Ávila e Terra (2010) que discute a histeria e a somatização. Apontam os autores que existem descrições clínicas de histeria há cerca de dois mil anos e elas pouco diferem daquelas que são encontradas na atualidade. Devido a constantes questionamentos que pairam sobre a histeria, muitas seriam as formas nosográficas de denominá-la pela medicina moderna. Pode ser nomeada de fibromialgia, somatização, entre outras, com manifestações próximas àquelas das pessoas com sintomas vagos e difusos.

Não foi ingenuamente que citamos um estudo sobre histeria e somatização para introduzir nosso tema. Observamos que o campo nebuloso responsável por abrigar os sintomas vagos e difusos encontra forte correlação com outros campos de percepções e de crenças, ilustrados pelas seguintes denominações: estresse, histeria, nervosismo, “piti”, somatização. Dentre essas denominações, observamos a mistura de termos relativos ao universo popular e ao universo científico.

O termo “piti”, por exemplo, popularmente atribuído a uma pessoa que padece de inúmeros sintomas e os manifesta com veemência, tem origem na palavra pítia que designava as sacerdotisas de Apolo habitantes do Oráculo de Delfos. Quando havia uma consulta ao Oráculo, Pítia descia ao interior de Delfos (uma espécie de caverna com vapores) e entrava em um estado de êxtase, quase como um transe e assim respondia às perguntas realizadas. De acordo com historiadores do século XIX essa espécie de transe e entusiasmo era comparada

a manifestações históricas ou possessões. Daí a permanência desse termo e seu uso corriqueiro até os dias atuais (Brandão, 1995).

Quando nos aprofundamos no universo científico, da medicina moderna, com o intuito de buscar uma definição válida e clara para os sofredores somáticos, verificamos que os sintomas são pouco característicos, com fronteira de frágil delimitação entre diversas taxonomias: Transtornos Somatoformes, Transtorno de Somatização, Transtorno de Conversão, Transtornos Psicossomáticos, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Depressivos, Transtorno Factício ou Simulação (no qual os sintomas são intencionalmente produzidos ou simulados), Hipocondria (OMS,1993; APA, 1995).

Alguns autores analisam os sintomas vagos e difusos sob a perspectiva do fenômeno dos nervos, resgatando um termo utilizado popularmente para tais manifestações (Rozemberg, 1994; Silveira, 2000). Valla (2001) cunhou o termo sofrimento difuso para tais casos enquanto outros autores enveredaram pelo caminho das denominações respaldadas por manuais diagnósticos como Transtornos Mentais Comuns, Somatização, Transtornos Somatoformes ou mesmo em outras categorias que encontram correlações com as primeiras como distonia neurovegetativa, conversão, hipocondria e psicossomática (Katon, Ries, & Kleinman, 1984; Gureje, Simon, Ustun & Goldberg, 1997; Bombana, 2000; Lazzaro & Ávila, 2004; Fonseca, Guimarães & Vasconcelos, 2008; Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes, & César, 2006).

Observa-se que esses autores descrevem fenômenos muito semelhantes, mas os nomeiam de maneira distinta. Por essa razão, apresentaremos a seguir alguns dados a partir das diversas nomeações atribuídas ao fenômeno e discussões acerca de sua difícil delimitação. Todas as denominações atribuídas comungam de uma raiz, ou seja, os sintomas apresentados pelos sofredores somáticos e a dificuldade de manejo dos casos que os inclui.

Indicamos o quanto é relevante a sua consideração para o contexto da APS e a necessidade de se fomentarem discussões e formas mais resolutivas para lidar com o problema. Isso porque é uma realidade na APS, em muitos países, a prevalência de “somatizações” (sintomas físicos sem causa orgânica) em torno de 16% a 52% do total de atendimentos realizados. São diversas as

pesquisas (Katon et al., 1984; Gureje et al., 1997; Fonseca et al., 2008; Maragno et al., 2006) que apontam para a ocorrência substancial de casos de usuários com os chamados Transtornos Mentais Comuns cujas manifestações se relacionam aos sintomas vagos e difusos em consultas de Atenção Primária. As manifestações somáticas inespecíficas são ainda mais frequentes na população feminina, de baixa renda e escolaridade, que sejam donas de casa ou que apresentem dificuldades nas atividades de trabalho exercidas fora de casa (Fortes, Villano & Lopes 2008; Tófoli, Andrade & Fortes, 2011).

Tais sintomas dizem respeito a dores difusas que não encontram associação direta com causa orgânica. São queixas como as de dores de cabeça, dores abdominais, dores no corpo, insônia, entre outras, que aparecem em grande número como demanda de usuários ao chegarem para o atendimento nas instituições de saúde (Lazzaro & Ávila, 2004).

Existe uma indefinição conceitual, como apontado anteriormente, no que diz respeito ao termo a ser utilizado para nomear tais quadros de saúde. Isso e o fato de não encontrarem uma causa orgânica clara para justificar as queixas favorecem a que o profissional, ao se deparar com pacientes apresentando as manifestações somáticas descritas, tenda a enquadrá-los em uma demanda de âmbito psíquico. Frequentemente o diagnóstico não é estabelecido de maneira precisa, o que influencia diretamente as condutas terapêuticas, muitas vezes equivocadas e limitadas a prescrições de psicofármacos, pedidos de exames laboratoriais desnecessários, hospitalizações e até mesmo intervenções cirúrgicas (Katon et al., 1984; Bombana, 2000; Guedes et al., 2008).

Quanto ao manejo limitado e equivocado dos casos, Rozemberg (1994) estudou uma comunidade rural brasileira com o objetivo de compreender o problema dos nervos, fenômeno de mesma natureza dos sintomas vagos e difusos, recorrente na narrativa da comunidade. Em seus resultados, constatou que o uso de psicofármacos para lidar com o problema ganhou destaque. A maioria dos lavradores era convencida por seus médicos do potencial curativo dos psicofármacos. Isso revela a redução do fenômeno do sofrimento a seu aspecto orgânico, correlata aos termos da psicopatologia e ao modo hegemônico de atendimento, cuja terapêutica potente é a prescrição de psicofármacos.

Silveira (2000) nomeia esses quadros constituídos por uma diversidade de sintomas de “doenças culturais”, reforçando sua condição marginal em relação às patologias típicas reconhecidas pelos profissionais em seu cotidiano. Afirma que, em função de não serem legitimados pelo conhecimento médico oficial, esses quadros não possuem métodos clínicos específicos voltados ao seu tratamento. É a busca por esse reconhecimento que, de acordo com Fonseca et al. (2008), conduz à expressão de queixas somáticas. Essa insurgência seria uma maneira, cultural e socialmente encontrada de chancela de uma condição limite, de um sofrimento que requer auxílio dos serviços de saúde para seu alívio.

Mas esses sintomas são reconhecidos como forma de sofrimento? Muitas vezes, por se caracterizarem como quadros refratários às terapêuticas médicas e às medidas paliativas realizadas, a tendência é de intensificação da condição de abandono desses usuários por parte dos profissionais e a forte impressão de superutilização dos serviços médicos (Bombana, 2006). Aos usuários que geralmente procuram uma Unidade de Saúde, principal serviço da APS brasileira, porta de entrada do SUS, visando à minimização de sua dor, manifestando-a por meio de sintomas vagos e difusos, são conferidos rótulos como “poliqueixosos” ou “pitiáticos”. Dessa forma, deixam de ser acolhidos e ouvidos em seu sofrimento, retornando inúmeras vezes ao serviço com diferentes queixas. O resultado possível é a estigmatização desses usuários que não podem ser incluídos em quadros patológicos conhecidos (Fonseca et al., 2008).

Mesmo enquadrando os sintomas em determinado transtorno, como tentativa de apropriação do fenômeno, estes ainda se constituem como grande desafio para as equipes de saúde, uma vez que o exercício da clínica tradicional, centrado na doença e não naquele que adoecer, revela-se pouco eficaz para lidar com essas demandas que são, no entanto, muito prevalentes em contextos sociais menos favorecidos (Katon et al., 1984; Silveira, 2000; Maragno et al., 2006; Fonseca et al., 2008; Bedrikow & Campos, 2011).

Segundo Fernandes (1993), o atendimento desses usuários por profissionais da APS tem pouco prestígio entre os médicos. Eles lançam um olhar negativo a esse atendimento por não se sentirem capazes de lidar com as mais diversas queixas apresentadas pelos usuários, uma vez que boa parte delas não

pode ser resolvida a partir dos instrumentos teóricos e técnicos dos quais eles lançam mão em sua prática cotidiana. Por essa razão, acabam por realizar condutas estereotipadas, receitando medicamentos, realizando pedidos de exame, muitas vezes desnecessários e ocasionando a cronificação, conjunto de ações que é chamado pelo autor de medicalização.

A importância da mudança de postura em relação a esses usuários revela-se nos estudos de Fortes (2004, citado por Fonseca et al., 2008), que pesquisou 714 acompanhados por equipes de Saúde da Família do município de Petrópolis dividindo-os em dois grupos: o de somatizadores de apresentação e o de somatizadores verdadeiros. Os de apresentação eram aqueles que faziam da queixa somática uma primeira expressão de seu sofrimento e então, quando ouvidos, acabavam associando suas dores a problemas relacionais de toda ordem. Em contrapartida, os somatizadores verdadeiros insistiam em conferir a seu problema uma origem orgânica, negando qualquer relação com fatores psicossociais. Os que apareceram em maior número na pesquisa foram os chamados por ela de somatizadores de apresentação, encontrados em 90% dos casos.

Observa-se que a mudança de postura sugerida, a oferta de uma escuta diferenciada, pode beneficiar tanto os somatizadores de apresentação quanto os somatizadores verdadeiros, para utilizar o termo da autora (Fortes, 2004, citado por Fonseca et al., 2008). A escuta para os somatizadores de apresentação poderia auxiliá-los não só no estabelecimento da relação entre seus sintomas físicos e os aspectos psicossociais que contribuíram para a determinação desses como na gestão dos condicionantes relacionais. Quanto aos somatizadores verdadeiros, ao serem escutados, podem reencontrar o elo que une seus sintomas aos aspectos de sua vida. Tal processo se destina a viabilizar a minimização das somatizações e incentivar o protagonismo no manejo delas.

Tendo em vista os aspectos apresentados, observamos que os sintomas vagos e difusos convocam abordagens integradas e multidisciplinares. Na esfera da APS, esse fenômeno aparece e ganha diferentes nuances. Ele habita o ambiente de Unidades de Saúde da Família que tem como princípio o cuidado integral ao usuário, por meio da atuação de equipes multidisciplinares. Podemos

dizer que é endógeno, por se formar no interior deste contexto e o habitar, o que Bedrikow e Campos (2011) reafirmam quando enunciam que é, sobretudo neste nível de atenção que os “sintomas rebeldes” aparecem. Eles resistem ao seu aprisionamento em classificações conhecidas, emergem com maior fluidez e desafiam os profissionais dos serviços.

Com foco na APS, o estudo que apresentamos nesta dissertação investigou a clínica médica, as consultas, lócus de manejo desses casos de sintomas vagos e difusos pelo médico de APS, com vistas a compreender como os interpretam e quais as terapêuticas desenvolvidas. Nesse espaço em que se desenvolve uma relação entre médico e usuário considerada como dinâmica interpessoal complexa, há o encontro de culturas diversas, grupos sociais diferentes, o que requer a contribuição de outras áreas do saber para sua discussão, como a Psicologia, por exemplo.

O enfoque psicossociológico oferecido por Moscovici (2007) pode ser promissor, para revelar como a realidade desses fenômenos é construída na relação entre médicos e usuários. O autor chama a atenção para saberes produzidos no cotidiano sob a forma de representações sociais, fornecendo instrumentos para a análise de seus processos formativos e de suas funções comunicacionais, comportamentais e identitárias. Coloca-se a questão sobre como os sintomas vagos e difusos, descritos de forma notavelmente imprecisa no universo reificado (universo dos saberes “oficiais”, “científicos”), são apreendidos concretamente no universo consensual (sistema de pensamento e práticas onde se constroem representações sociais).

O objetivo de compreender representações sociais e práticas sociais construídas por médicos da APS sobre usuários com sintomas vagos e difusos orientou nossa investigação. O referencial teórico adotado é explorado no tópico que se segue.

1.6. Fundamentação teórica: representações sociais e práticas sociais

Visando à investigação dos valores e crenças de referência dos profissionais de saúde e de suas condutas, adotamos como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvida por Moscovici

(1961/2012). Esta teoria permite uma ampliação dos métodos e procedimentos destinados à compreensão do ser humano. A partir do enfoque psicossociológico oferecido pelo autor, é possível ter acesso aos elementos que envolvem o estabelecimento de relações interpessoais, tais como significados compartilhados, imagens, valores, atitudes, crenças e estereótipos. Esses fenômenos que se organizam de maneira complexa e dinâmica dão origem a processos psicossociais como identidade, práticas e representações sociais (Jovchelovitch, 1994).

Nesse enfoque o sujeito é visto como complexo, dinâmico, ativo e como aquele, que por meio da interação e da comunicação, participa da construção da realidade social. As representações sociais compõem um processo compartilhado de pensamento. Elas designam um ponto de intersecção entre o plano psicológico e o social. Constituem, por isso, um processo pelo qual é estabelecida a relação entre indivíduos e entre estes e o mundo (Jodelet, 1985).

Elas constituem um conjunto de teorias e explicações sobre a realidade que nos cerca, formando o conhecimento do senso comum, por meio do qual há elaboração de realidades sociais e interpretação dos fenômenos. Na relação de influência recíproca indivíduo-ambiente, a realidade social é construída. É através da incorporação do novo ou do não familiar à rede social de significados que ele se torna conhecido e reconhecido. Mesmo que isso ocorra sofrendo a pressão da tradição, da memória, do passado, ocorrem transformações nos universos consensuais, ou seja, nos universos do senso comum. Outros elementos são acrescentados à realidade social e a construção do imaginário social prossegue (Sá, 1993).

Por essas características, as representações sociais têm a função de nortear comportamentos, além de propiciar a interação entre as pessoas por meio da possibilidade da comunicação na partilha de signos comuns a dado grupo (Moscovici, 1961/2012). O acesso às representações, muitas vezes, só ocorre através das práticas e das ações (Howarth, 2006). Jodelet (2005) nos ensina que as representações podem ser consideradas como “uma forma de pensamento social, cuja gênese, propriedades e funções devem ser relacionadas com os processos que afetam a vida e a comunicação sociais” (p. 50). Interferem também

nos processos de formação da identidade social e tudo que envolve e mantém as relações entre os grupos.

Essa concepção é complementada por Jovchelovitch (2004), quando diz que, a partir das representações, que são construídas na ação comunicativa, pode-se ter acesso às relações de poder, permeadas pela história e pela cultura e que são subjacentes ao desenvolvimento do conhecimento. A autora afirma que “a forma da representação é tanto forma do saber como forma de constituição de um contexto sócio-cultural” (p. 20). Sendo assim, como maneira de interpretação do mundo, as representações sociais, abordadas nestas poucas linhas como fenômeno, permitem tornar o estranho, o inusitado, em algo familiar e factível e ao mesmo tempo se oferecem como acesso à historicidade dos acontecimentos (Moscovici, 2003).

Pelo fato de as representações serem orientadas à prática, isto é, à gestão do cotidiano, elas se tornam dinâmicas e recrutam uma variedade de racionalidades que atendam a situações específicas. Sujeitos e grupos se utilizam, ao mesmo tempo, de teorias, lógicas religiosas, naturais ou mesmo científicas, bem como imagens e conceitos diversos e até contraditórios com a finalidade de lidar com circunstâncias socioculturais inerentes ao seu modo de estar no mundo, processo chamado de polifasia cognitiva (Jovchelovitch, 2004).

As racionalidades requisitadas para o gerenciamento da vida cotidiana constituem o chamado conhecimento do senso comum, produzido nos universos consensuais, sistemas de representações e de práticas marcados pela polifasia cognitiva, em que cada participante, independente de ser ou não especialista, pode “ter voz”. Enquanto que os conceitos bem delimitados da ciência ou da política, por exemplo, fazem parte das teorias formuladas por especialistas nos universos reificados, regidos por procedimentos e métodos específicos e pretensamente “transparentes”. Moscovici (2003) irá verificar que o conhecimento reificado e o do senso comum coexistem na realidade social e se determinam mutuamente. Em sua teoria, o universo consensual adquire status de conhecimento tão legítimo quanto o conhecimento do universo reificado. O senso comum é construído a partir da apropriação de elementos do universo reificado que, em conjunto com outros elementos, outras racionalidades e teorias, servem

à gestão da vida cotidiana. Do ponto de vista da experiência psicossocial, não é possível afirmar apenas uma verdade para a explicação do mundo, mas reafirmar a existência de verdades que se fazem no cotidiano das relações interpessoais.

É o que nos propicia pensar o estudo das representações sociais. Por meio dessa perspectiva, é possível vislumbrar o cotidiano das pessoas nas relações que estabelecem entre si e com o mundo que as cerca. Isso porque, quando se legitima o pensamento social como um tipo de conhecimento do senso comum, confere-se a ele um caráter de competência e eficácia (Trindade, 1998).

As representações operam na vida cotidiana por meio de processos de caráter cognitivo e social: a objetivação e a ancoragem. São os processos de construção das representações sociais. Por objetivação entende-se um processo de simplificação, organização e generalização que naturaliza ideais e imagens com a finalidade de construir uma figura tangível, mais fácil de se apreender, de um fenômeno insólito, “abstrato”. A ancoragem, por sua vez, é a busca de elementos em um campo semântico já existente, que possam aportar o novo objeto a ser classificado e “reapresentado” (Moscovici, 1961/2012). É o ponto de ancoragem que propicia a acomodação do desconcerto, uma tentativa de mitigar essa sensação de alguma maneira (Arruda, 1998).

As representações dão forma ao conhecimento do senso comum, propiciam a interação entre os indivíduos e entre estes e as coisas. Carvalho e Arruda (2008) destacam que elas se situam em determinada região não localizada apenas no interior do sujeito, nem apenas no objeto a ser conhecido. As representações estão situadas no “entre” que se constitui como uma área de encontro e de trocas entre sujeito e objeto. Os dois elementos não estão cindidos e, mais do que isso, estabelecem intercâmbios concomitantes. O sujeito ao mesmo tempo em que modifica o mundo é modificado por ele (Jovchelovitch, 2004).

Portanto, não se pode produzir parâmetros para a atribuição de sentido para o *eu* sem o estabelecimento da diferença entre o *eu* e o mundo externo, processo que ocorre de maneira interativa. É na construção dos elementos externos que o *eu* se coloca como objeto para si mesmo e se reconhece. Nessa perspectiva as relações estabelecidas entre *eu* e o *outro* podem ocorrer em

diversos níveis, que engendram diferentes concepções do próprio *eu* e formas diferentes de envolvimento com o *outro* (Jovchelovitch, 1998).

Visando a abordar essas questões de maneira ampla, entendemos a necessidade de apresentar brevemente outros conceitos da psicologia social que auxiliarão na análise. Dentre eles, estão elementos ligados às identidades sociais como o sentimento de pertença, a relação intergrupai e o conceito de estereótipo. É importante fazer a ressalva de que aproveitaremos eventualmente o potencial explicativo desses conceitos, mas não nos aprofundaremos em seu uso sistemático.

O conceito de identidade social tem sua contribuição na análise das relações estabelecidas entre pessoas que nutram pertenças a diferentes grupos. As pertenças a categorias sociais distintas definem o grau de proximidade e de distanciamento em relação ao grupo do qual o sujeito não se sente membro. Há comportamentos que atuam no sentido de delimitar as fronteiras que marcam diferenças entre grupos e assim reafirmam o pertencimento ao próprio grupo. Nesse processo, o outro, membro dos exogrupos, aparece como parte de uma massa indistinta enquanto os membros do endogrupo surgem como seres heterogêneos. Essa formação de conceito passa por aspectos cognitivos, avaliativos e afetivos que influenciam na construção de estereótipos sobre o outro e sobre si, além de orientar condutas (Tajfel, 1982).

Os estereótipos têm por finalidade auxiliar os indivíduos a organizar e a simplificar o mundo ao seu redor. Tajfel (1963) os concebe como de caráter neutro, portanto não carregam atributos negativos ou positivos propriamente. Assim, quando o sujeito imputa ao endogrupo uma variabilidade maior de diferenças, percebendo-o como heterogêneo e diversificado, ele o confere estereótipos positivos em termos de função, mas o mesmo não ocorre em relação aos exogrupos. Quanto aos membros dos “grupos dos outros”, a tendência é suplantar as diferenças individuais por meio do lançamento de estereótipos negativos.

A formação de estereótipos tende a aproximar membros de um mesmo grupo (endogrupo) enquanto os afasta de grupos considerados distintos (exogrupo). Esse movimento de repulsa ou de aproximação é mobilizado por

representações sociais. Elas atuam na amenização da ansiedade gerada pelo contato com o *outro*, com o que ele comporta de estranho e, portanto, perturbador, retrabalhando-o. A diferença é assimilada e torna-se concreta (Arruda, 1998).

Ao destacar o elemento afetivo, Arruda (2009) resgata o processo de objetivação para nos explicar que é necessária a concretização de algo abstrato para que reações sejam previstas, em função da orientação pragmática do pensamento cotidiano. Existem demandas da existência social relativas à prática habitual. São inúmeros os desafios com os quais nos deparamos e somos convocados a resolver. A tensão presente nessas situações é responsável pela mobilização afetiva que provoca certa angústia relativa ao questionamento da própria capacidade em ser bem sucedido nas mais variadas situações sociais. A razão pela qual os processos formativos (objetivação e ancoragem) são ativados associa-se à sensação de estranhamento diante de um objeto inusitado e apreensão quanto ao que fazer.

As interações cotidianas, conforme Arruda (2009), são o palco propício à mobilização de afetos dos protagonistas, no despertar de nossa capacidade de reelaboração da realidade. A dimensão afetiva acompanha as representações nas comunicações estabelecidas cotidianamente, elas são corresponsáveis pela veiculação do fluxo de afetos. Os afetos preparam o terreno para a elaboração das representações e são parte constitutiva da construção de conhecimento, influenciando diretamente a conduta.

Aqui observamos a estreita relação entre as representações sociais, os afetos e as práticas. Existem inúmeros processos que permeiam essa tríade dos quais ao longo da análise destacamos a alteridade. A finalidade foi a de tentar compreender de que maneira ela age na interação estabelecida entre grupos sociais distintos, no nosso caso médicos e usuários. Para isso, adotamos a visão de Jodelet (1998), que concebe a alteridade como o resultado de um processo duplo: de construção e de exclusão social.

Se realidades sociais são construídas por meio de representações sociais e estas orientam práticas, pressupõe-se que teorias de senso comum (sobre objetos sociais relevantes) que permeiam a formação dos profissionais interfiram

e influenciem diretamente na relação profissional-usuário, bem como seus lugares sociais, sócio-identitários. A oposição entre o conhecimento produzido na academia (emaranhada à relação intragrupo médico-médico) e aquele que se realiza no cotidiano é bastante destacada nesse sentido.

Considera-se que as representações sociais são inúmeras, habitando diversificados espaços sociais. Em determinado contexto, dada formação grupal manifesta representações sociais diversas sobre diferentes objetos. Em cada contexto, não é uma única representação social que norteará uma prática, mas uma rede de representações orientam uma rede dinâmica de práticas (Almeida, Santos, & Trindade, 2000).

Neste estudo, parte-se portanto do pressuposto de que o paradigma biomédico ou o psicossocial, conjuntos de conceitos próprios ao universo reificado, não são os únicos responsáveis, ou mesmo os responsáveis diretos, pelas condutas dos profissionais de saúde. Para entender essas condutas, é preciso entender as representações sociais que esses profissionais constroem e como essas representações são articuladas. Os referidos paradigmas são conjuntos de ideias pregnantes no contexto da saúde pública, mas estão longe de esgotar o emaranhado sociocognitivo que caracteriza o cotidiano do campo.

Ao pensarmos em condutas, entramos no domínio do fazer, das práticas sociais. As representações, ao se constituírem como um conjunto de elementos cognitivos e afetivos que compõem uma visão de mundo partilhada por dado grupo, formam o campo para a ocorrência de práticas. Nesse aspecto pode-se dizer que as representações orientam práticas e servem para justificá-las (Abric, 1994).

Representações e práticas determinam-se mutuamente, mas não da mesma maneira. Rouquette (1998) afirma que as práticas sociais podem alterar ou contribuir para a manutenção de representações. As representações atuam sobre as condições de ocorrência de condutas (formam o “mundo” onde as práticas ocorrem) e não na forma de apresentação dessas condutas. O sujeito não é refém de suas representações, não as reflete de forma automática em seus atos. Existe uma racionalidade que arbitra sobre as condutas a serem realizadas. Não existe um determinismo das representações sobre as práticas, mas uma

“condição de coerção variável” (p. 42). À prática, por sua vez, cabe sim alterar, modificar, ratificar ou retificar as representações.

Anteriormente citamos a perspectiva de Jovchelovitch (2004), sobre as representações como resultado da ação comunicativa. A partir dessa ideia é possível pensar que as representações também pertencem ao domínio do fazer? A ação comunicativa, entendida como ato representacional, viabiliza a produção de realidade pelos sujeitos e pelas coletividades. Isso quer dizer que o processo de elaboração de representações também se configura como um fazer (Souza, 2012).

Jodelet e Moscovici (1990, citados em Abric, 1994) definiram práticas sociais como “sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação com papéis” (p. 217). Se as representações constituem-se como um fazer e as práticas são sistemas de ação, então tanto uma como a outra são ações realizadas pelos sujeitos e grupos ao interagirem com os objetos; ações que desembocam na construção e compreensão do mundo (representações) e em sua ratificação ou transformação (práticas) (Rouquette, 1998; Souza, 2012).

Souza (2012) avança na concepção sobre as práticas, definindo-as como heterogêneas porque podem se manifestar de formas distintas e podem não estabelecer correspondência total com as representações mais arraigadas. Isso quer dizer que elas podem ser analisadas como compostos de “ações centrais” e de “ações periféricas”. As “ações centrais”, componentes mais arraigados das práticas, servem à conformação de dada representação e a conseqüente ratificação dela, fortalecendo separações identitárias. Enquanto isso, as “ações periféricas” indicam possibilidades de transformação da representação, apontando para uma ruptura e para uma aproximação entre o eu (EGO) e o outro (ALTER) da representação.

São práticas sociais as práticas de saúde que devem ser analisadas em sua complexidade e na relação que estabelecem com as representações partilhadas pelos profissionais. A partir dessa análise, será possível elaborar uma compreensão sobre os processos que permeiam a relação médico-usuário e sobre as razões da possível estigmatização de usuários com sintomas vagos e

difusos (chamados doravante de “usuários SVD”) na Atenção Primária à Saúde (APS).

Por todas essas razões concernentes à inter-relação entre prática e representação é que a proposta deste estudo inclui o método da observação participante. Supõe-se que a partir dele as redes de significados construídas nos fazeres da vida diária, tendo como respaldo saberes diversos, possam ser reveladas. Ao desvendar o funcionamento dos processos que viabilizam essas relações entre o saber e o fazer, é possível que haja compreensão mais ampla das práticas sociais realizadas no serviço e dos comportamentos dos profissionais relativos aos usuários SVD.

Em relação à literatura sobre os sintomas vagos e difusos, a investigação que relatamos aqui apresenta tom inovador, por trazer à baila os processos psicossociais mencionados, por considerar os elementos da dinâmica interpessoal complexa entre os atores da saúde, elementos que requerem a convocação de outras áreas do saber para sua discussão, como a Psicologia Social. Essa disciplina se mostra capaz de envolver campos que se intercomunicam, como o psicológico e o social, transitando assim por aspectos individuais e coletivos. Abrangência fundamental à investigação do fenômeno das representações sociais, que amplia o olhar do pesquisador, quando compreende dimensões institucionais, ideológicas, sociais e psicológicas.

A maior parte dos trabalhos encontrados sobre usuários SVD no contexto da APS são compostos por pesquisas de prevalência. Um dos estudos que embasam essa afirmação é o de Souza et al. (2012) que, ao desenvolverem uma revisão da literatura brasileira a respeito da Saúde Mental na Saúde da Família, não encontraram qualquer produção que tivesse como foco as representações sociais de médicos e suas práticas de cuidado em relação a usuários SVD. Esse dado aumenta o interesse de empreender uma investigação de “cunho antropológico” sobre a questão.

1.7. Objetivo geral da investigação

Investigar e analisar representações sociais e práticas sociais construídas por médicos em relação a usuários que manifestem sintomas vagos e difusos no contexto da Atenção Primária à Saúde.

1.7.1. Objetivos específicos

1. Investigar a relação médico-usuário no contexto da Atenção Primária, em Unidade de Saúde da Família;
2. Identificar representações sociais construídas por médicos acerca de usuários SVD. Analisar suas funções e seus processos formativos (objetivação e ancoragem);
3. Identificar e analisar práticas sociais voltadas aos usuários referidos, as ações que as compõem, incluindo as condutas técnicas dos médicos e os comportamentos que se afastem das “condutas técnicas”.

1.8. Método

Esses objetivos foram contemplados por meio de dois estudos. O primeiro estudo foi realizado com observação participante em duas etapas distintas. A primeira etapa no ambiente geral de uma USF (Unidade de Saúde da Família) e a segunda etapa no interior de consultórios médicos deste mesmo serviço, de modo a atender o objetivo principal e os objetivos específicos 1, 2 e 3. A primeira etapa teve como participantes tanto usuários como técnicos, recepcionistas, guardas patrimoniais, profissionais de nível superior não-médicos e médicos. A segunda etapa, no interior dos consultórios médicos, teve como participantes médicos e usuários da Unidade de Saúde.

O número de participantes foi delimitado em função dos seguintes critérios: a) disponibilidade da USF, considerando o mínimo impacto sobre a rotina do serviço; b) suficiência dos dados a serem coletados. A seleção dos sujeitos foi por conveniência e atendeu as seguintes especificações:

- No caso dos usuários: foram selecionados homens e mulheres maiores de 18 anos, com as faculdades cognitivas preservadas e que apresentaram queixas de sintomas vagos e difusos.

- No caso dos trabalhadores da Unidade (1ª. etapa): participaram os de formação técnica, os recepcionistas, guardas patrimoniais, aqueles de formação superior não-médica e médicos que estiveram envolvidos em situações consideradas relevantes à compreensão da dinâmica do serviço;
- No caso dos profissionais (2ª. etapa): estiveram entre os participantes aqueles cuja formação era em medicina e que atenderam diretamente usuários com manifestação de sintomas vagos e difusos.

O segundo estudo foi destinado a aumentar a validade da investigação, abordando principalmente o objetivo específico 2, por meio do procedimento de entrevista semiestruturada, exclusivamente com os médicos. Participaram desse segundo estudo os cinco médicos da Unidade escolhida. Foram entrevistados todos aqueles em atividade no período, respeitando a disponibilidade dos mesmos, o bom funcionamento do serviço e os critérios já mencionados para o estudo anterior.

1.8.1. Sobre o campo

O local escolhido para a realização da pesquisa foi uma Unidade de Saúde da Família localizada no município de Vitória – ES. Conversas preliminares efetuadas com gestores da Unidade e da Secretaria de Saúde garantiram o acesso a esse serviço. A Unidade atende a um vasto território, constituído por bairros populosos. Por essa razão ela está situada em um lugar de destaque em relação às outras Unidades de Saúde da Família de Vitória, com cerca de 14.000 habitantes. A Unidade é uma das maiores do município, o que pode proporcionar maior diversidade de situações observadas. Atende a bairros de classe popular, sendo adequada ao público que se pretende abordar neste estudo.

1.8.2. Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

O estudo foi baseado em dois procedimentos de coleta de dados: observação participante e entrevistas semiestruturadas. Tendo em vista a complexidade do objeto de estudo, sua indefinição conceitual e as sutilezas presentes na relação entre médicos e usuários SVD, justifica-se o recurso à triangulação metodológica. Essa triangulação implica o uso de diversificadas

técnicas de coleta de dados, o que facilita a elaboração de conclusões e minimiza vieses advindos da adoção de uma única técnica (Angrosino, 2009). Para se atingir a representação social, que se caracteriza pela atribuição de significado por determinado grupo a certo objeto, há de se considerar a interpretação como procedimento fundamental. Visando a essa interpretação, o pesquisador se cerca de diversos recursos metodológicos para acessar dados que o auxiliem no trabalho investigativo e para os validar (Arruda, 2005).

Adotamos um estilo etnográfico de coleta de dados, tido como estratégia de imersão no contexto pesquisado. A etnografia pode ser definida, em termos gerais, como a descrição de um grupo humano, envolvendo seus comportamentos, instituições, crenças, interações e costumes aprendidos e partilhados (Angrosino, 2009). A seguir os procedimentos e instrumentos utilizados na investigação são descritos com maior detalhe.

- Observação Participante: modo de inserção no campo que visa à aceitação do grupo humano a ser observado, para facilitar a interação necessária à apreensão dos dados (Oliveira, 2000). Neste estudo, foi realizada em duas etapas distintas, ambas na mesma Unidade de Saúde da Família.

A primeira etapa propiciou um olhar mais abrangente da dinâmica da Unidade, além de interações diversificadas, tanto com profissionais não-médicos e profissionais médicos quanto com usuários, fundamentais às próximas etapas do trabalho. Nesse momento cabe uma ressalva. O termo profissionais não-médicos será utilizado todas as vezes em que a menção se referir a trabalhadores da Unidade, sem formação médica (técnicos, recepcionistas, guardas patrimoniais e profissionais de nível superior não-médicos). Já o termo profissional médico servirá à indicação de trabalhadores apenas com formação médica. Todos os ambientes da USF foram frequentados. Em alguns deles, a permanência da pesquisadora foi intensificada pela potencial relevância à investigação do fenômeno: recepção e corredores de espera para as consultas médicas.

Nessa primeira incursão, foram realizadas seis observações de no máximo três horas de duração cada uma. Buscaram-se dados sobre a percepção que os trabalhadores tinham da frequência de comparecimento de usuários SVD na Unidade, bem como sobre a construção de relações entre estes e os profissionais

não-médicos do serviço. As perguntas norteadoras desta etapa foram: os usuários com tais características aparecem muito na Unidade? Como eles aparecem? O que os profissionais não-médicos e médicos pensam e compartilham sobre eles em seu cotidiano? Como ocorre a interação entre estes usuários e os demais atores da Unidade?

A segunda etapa partiu de uma proposta de incursão mais profunda, no ambiente dos consultórios. Se considerássemos a Unidade um complexo composto por diferentes camadas superpostas, em que as mais externas dissessem respeito respectivamente à entrada, à recepção, à farmácia, à sala de atendimento da enfermagem e demais salas, os consultórios médicos estariam localizados próximos ao cerne desse complexo. Constatamos que os consultórios eram os lugares de acesso menos facilitado da USF. Era preciso transitar por outras “camadas” até conseguir penetração na mais interna.

Superada a resistência natural, a observação foi realizada com cinco médicos no ambiente do consultório e em um caso apenas, em ambiente externo, espaços pertencentes ao território dos usuários. Com cada médico a pesquisadora permaneceu três dias, acompanhando atendimentos por um período de, no máximo, três horas por dia. Seguimos algumas orientações de Sá (1998) relativas à utilização do método e ao exercício do olhar. Ao pesquisador interessado em representações sociais, o autor recomenda traduzir, à luz da Teoria, as práticas sociais e culturais em termos de ações dadas à observação. Buscamos nos atentar aos comportamentos observáveis e à carga afetiva envolvida nas situações, e quando possível, confirmar a observação por meio de entrevista etnográfica de caráter dialógico (Angrosino, 2009).

A entrevista de tipo etnográfico se constitui em uma conversa informal e contextualizada, que surge como oportunidade de coleta de dados no contexto de uma observação participante. Difere, portanto, da entrevista semiestruturada. Neste caso, as relações pesquisador-profissional não se baseiam em relações de poder entrevistador-informante, mas horizontalizadas nas quais se faz presente a reciprocidade (Angrosino, 2009). Dessa forma, interpretações oriundas da observação puderam ser discutidas no momento de sua formação.

Para o registro dos dados observados foi utilizado um caderno de campo. Nele eram realizadas anotações a respeito de situações consideradas relevantes à compreensão da dinâmica do serviço tais como as que envolviam: usuários e médicos, usuários e profissionais não-médicos da Unidade, profissionais não-médicos com seus pares, médicos com seus pares e entre estes e profissionais não-médicos. Situações em que a pesquisadora era apenas observadora foram registradas imediatamente no momento em que ocorriam. A maioria delas transcorreu durante o período de observação, reservado ao ambiente geral da Unidade. Existiam situações em que a pesquisadora era incorporada à cena e participava dela, como as observações participantes nos consultórios. Nesses casos, o registro das informações ou era realizado posteriormente ou imediatamente quando a ocasião requeria, segundo a relevância do dado para a investigação, e permitia.

Outro recurso de captação de dados durante as observações nos consultórios foi a ficha de observação (vide Apêndice B). Ela foi utilizada apenas durante o acompanhamento das consultas como recurso complementar ao caderno de campo. O intuito foi tornar os dados provenientes dessas observações mais acessíveis, uma vez que se tratavam de elementos extra-verbais (gestos, tonalidade de voz, olhar, postura e outros comportamentos). Assim, foi possível o registro desses comportamentos ao mesmo tempo em que a interação médico-usuário ocorria. Nessas circunstâncias a gravação em áudio também foi solicitada e concedida pelos médicos.

O objetivo, com essas estratégias, foi coletar dados sobre as representações e práticas sociais dirigidas aos usuários-alvo da pesquisa. A preocupação foi apreender a construção do fenômeno no momento de sua emergência, diante da pesquisadora e influenciado pela presença desta. Fizeram parte da cena observada os usuários, que devem ser considerados como protagonistas tão importantes quanto os médicos, uma vez que a consulta configura uma relação. No período compreendido, de cerca de três meses de coleta de dados, foram observados 130 usuários.

- Entrevistas semiestruturadas: terminado o período de observação nos consultórios, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conforme roteiro do

Apêndice A, com os cinco médicos atuantes no serviço. As entrevistas foram feitas após a observação participante justamente para não influenciar a conduta dos profissionais quanto aos usuários SVD ao longo da observação. As questões giraram em torno dos seguintes aspectos: a relação médico-usuário(a) em geral e médico-usuário(a) SVD; representações sobre usuários em geral e o usuário(a) SVD; condutas em relação ao usuário(a) SVD; explicações construídas a respeito do comportamento e dos sintomas apresentados pelo(a) usuário(a) SVD.

Integramos ao roteiro, entre as questões seis e sete, uma vinheta sobre uma usuária com sintomas vagos e difusos (vide Apêndice A). O objetivo da construção dessa vinheta foi o de complementar o roteiro semiestruturado de entrevistas, apresentando aos participantes um exemplo de uma usuária prototípica. Isto é, de uma usuária que reunia muitas características das chamadas “poliqueixosas”. A vinheta foi elaborada valendo-se de um caso de uma mulher, com base em estudos de prevalência dos sintomas vagos e difusos (Fortes et al., 2008; Tófoli et al., 2011).

Todas as perguntas presentes no roteiro foram feitas a todos os entrevistados, contudo a pesquisadora não se ateu ao roteiro previsto. Foram formuladas outras questões, para explorar aspectos pertinentes aos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas, mediante autorização, e posteriormente transcritas na íntegra para análise.

O procedimento de entrevista coube em função de sua flexibilidade. Ele não somente possibilita ao pesquisador garantir que as perguntas estejam inteligíveis para o entrevistado, esclarecendo as dúvidas, mas também facilita a exploração e aprofundamento de aspectos do relato que contribuirão para uma coleta mais bem sucedida e completa (Gil, 1999).

1.8.3. Procedimento de análise dos dados

Os dados obtidos por meio dos dois procedimentos, observação participante e entrevista, foram analisados à luz da concepção de Bardin (1977) de análise de conteúdo temática. As observações foram registradas no caderno de campo e aquelas referentes ao momento do consultório foram gravadas em áudio, além de registradas na ficha de observação. Posteriormente, essas últimas

foram transcritas parcialmente e complementadas pelos dados da ficha de observação. As transcrições foram parciais por constituírem recortes de situações com potencial para representar o todo observado. Já as entrevistas semiestruturadas foram transcritas na íntegra.

A adoção da análise temática neste trabalho consistiu em agrupar os dados obtidos e submetê-los a uma leitura flutuante e, posteriormente, exaustiva, para a sua organização. A partir desse procedimento, os *corpora* de análise foram constituídos. Os temas que consistem em ideias extraídas dos *corpora* induziram a construção de categorias temáticas. Ao fim dessa etapa de exploração do material foi possível iniciar a interpretação do conteúdo, viabilizando inferências, desvendando pontos obscuros a este e possibilitando a articulação dos resultados com a literatura sobre o tema. Ao iniciarmos a apresentação de cada estudo, a análise será mais bem detalhada. A maneira de aplicação da técnica proposta por Bardin (1977) será especificada de acordo com cada procedimento adotado de maneira mais abrangente.

1.8.4. Aspectos éticos

O trabalho teve como princípio respeitar todos os critérios éticos previstos em estudos com seres humanos. Por essa razão, todas as participações foram voluntárias e autorizadas mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não só os médicos assinaram o termo, concordando com o acompanhamento das consultas, com também a diretora do serviço.

Os participantes tiveram a opção de abdicar de suas participações quando lhes conviesse, sem que lhes fosse causado nenhum prejuízo. O estudo resguardou aos participantes o anonimato, por meio da utilização de designações fictícias, tanto do local quanto dos participantes. As gravações em áudio foram feitas apenas para fins científicos e acadêmicos e serão guardadas até que o trabalho seja concluído. Cabe ressaltar que a pesquisa não teve como proposta avaliar o desempenho dos profissionais, apontando seus erros, mas previu como benefício à USF contribuir para o estabelecimento de estratégias de tratamento e de promoção de saúde junto aos usuários.

Por essa razão, houve o compromisso da pesquisadora de apresentar aos profissionais e à direção da Unidade os resultados da investigação, após eles serem apreciados pelo programa de pós-graduação ao qual a pesquisadora está vinculada.

CAPÍTULO 2

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: A INVESTIGAÇÃO DO CONTEXTO POR MEIO DE UM MÉTODO VIVENCIAL.

2.1. Análise dos registros do caderno de campo

Este momento será dedicado à apresentação da observação participante. Consideramos a observação como método vivencial em que o pesquisador participa de uma realidade inicialmente diversa da sua e, aos poucos, passa a se familiarizar com o contexto que o cerca e que o atravessa. Assentindo com Sá (1998), quando assemelha esse método a uma “arte”, acreditamos também que se trata de um procedimento cujo fazer é constante na prática social da investigação. A fronteira entre manter o olhar de estrangeiro, em que o estranhamento das situações é necessário, e sucumbir à saturação, não mais destacando das cenas algo a ser problematizado, é extremamente frágil.

À medida em que a imersão no campo ocorre, o observador passa a fazer parte da dinâmica desse campo, é integrado a ele. Por isso, cabe a afirmação de Angrosino (2009): a observação participante não é simplesmente um método, mas uma maneira peculiar de posicionamento do pesquisador na coleta de dados. Trata-se de um contexto comportamental, por assim dizer, que prepara o terreno para o nascimento da pesquisa.

O preparo acontece não sem interferência do olhar do observador. Há de se considerar que a experiência no campo conclama a certo controle teórico do olhar. O pesquisador, antes mesmo de imergir na pesquisa empírica, apreende conceitos da disciplina que constitui sua forma de compreender a realidade. Por essa razão, Oliveira (2000) concebe esse olhar como um olhar de caráter disciplinado, que oferta ao observador um esquema conceitual, pelo qual passará seu entendimento da realidade. Assim como o olhar, são influenciados pelo mesmo processo os atos cognitivos de ouvir e de escrever, algo que prediz a dificuldade do trabalho etnográfico.

As observações foram iniciadas em 14 de maio de 2013 e as informações obtidas, registradas contínua e manualmente em um caderno de campo. Depois de registradas, eram complementadas com detalhes recordados pela pesquisadora, importantes à investigação, e em seguida, digitalizadas. Como mencionado em momentos anteriores, as situações de observação foram constituídas por duas etapas. A primeira delas no ambiente geral da Unidade, com o intuito de familiarizar a pesquisadora com a dinâmica de trabalho e com os fluxos de usuários, profissionais não-médicos e eventualmente médicos pelo espaço do serviço. Foram percorridos espaços como: corredores, recepção, hall de espera, entre outros espaços de grande circulação de usuários e trabalhadores da Unidade.

Os procedimentos de análise dos registros de campo foram análogos àqueles utilizados por Souza (2012): delimitação de “ações-chave”; delimitação de Situações e de Cenas (definidas como recortes de uma Situação e posicionadas no texto em sequência numérica); extração de temas sobre o funcionamento geral da USF e reflexão sobre as implicações desses temas para o fenômeno-alvo, além da extração de temas específicos sobre o fenômeno-alvo. As “Situações” podem ser compreendidas nos termos de Olivier de Sardan (2008, citado por Souza, 2012, p. 160) como “sequências sociais claramente circunscritas”, ou seja, sequências de eventos e de comportamentos, em espaço-tempo limitado, dotadas de significados sociais específicos.

A partir dos registros, foram construídas categorias (“ações-chave”) que permitiram circunscrever um grupo de comportamentos e falas. Elas auxiliaram na organização dos dados:

- interação médicos e profissionais não-médicos;
- interação profissionais não-médicos e usuários;
- interação médicos e usuários;
- profissionais não-médicos falam sobre usuários SVD;
- comunicação Unidade-usuário;
- interação médicos-pesquisadora;
- usuários falam sobre a Unidade;
- usuários falam sobre os profissionais não-médicos e/ou médicos;

Na segunda etapa de observações, houve certa modificação em decorrência da dinâmica no interior dos consultórios. A configuração dos acontecimentos favoreceu a adição de mais algumas categorias gerais para a organização do conteúdo. Descrevemos nessa etapa os “momentos da consulta”, como forma de organização do relato etnográfico. Souza (2012) utilizou a referência *espacial* para a organização do relato. No nosso caso, a referência que se destacou como elemento organizador foi a *temporal*. O reconhecimento do elemento organizador nesse trabalho ocorreu em parte de forma dedutiva, com base na literatura da área, que apontava aspectos presentes nas consultas médicas (Pendleton et al., 2011), e em parte de forma indutiva, na qual os dados mostraram um caminho para a organização do relato. Seguem os momentos descritos:

- 1º.- A entrada do usuário no consultório;
- 2º.- O início da anamnese médica;
- 3º.- O momento do exame físico;
- 4º.- O momento da prescrição e a finalização da consulta.

A delimitação das categorias foi norteada pelos objetivos e pelo enfoque teórico. De acordo com este último, faz-se fundamental a abordagem das interações ocorridas entre diferentes esferas, neste caso, os profissionais da equipe de saúde, os usuários e as representações partilhadas sobre os objetos pertinentes ao contexto. Depois desse processo organizativo, seguimos para o recorte de Situações. Contudo, elas não foram descritas na sequência exata de quando ocorreram. Isso representaria seguir, na análise, uma ordem cronológica, o que foi descartado. Os dados passaram por reordenação e agrupamento, conforme características comuns presentes.

Por meio da reordenação das Situações, foi possível ressaltar a emergência de Temas. Esses se caracterizam por um conjunto de elementos que definem significados. Indicam os sentidos que interagem entre si e que são recorrentes. Eles podem tanto estar explícitos ou implícitos nos discursos e nas condutas das pessoas (Bardin, 1977; Souza, 2012). Por essa razão que, de acordo com Souza (2012), os Temas tornam acessíveis “padrões hegemônicos”

presentes na dinâmica do serviço, nos comportamentos apresentados pelos profissionais, nas suas interações e nos seus discursos.

2.2. A vivência do método

Embora o foco estivesse voltado para a identificação das representações sobre usuários com sintomas vagos e difusos e para as relações estabelecidas entre eles e os médicos, outras possibilidades puderam ser exploradas. Elas incluíram a construção da relação entre pesquisadora e profissionais não-médicos. Ter acesso à rotina dos observados por meio da observação participante viabiliza a vivência de situações de conteúdo único o que não seria possível apenas com entrevistas, por exemplo. Assim, aproxima-se o observador do contexto observado, implicando transformação mútua. Em face desse estreitamento da relação entre pesquisador e pesquisado, é aberta a possibilidade de conhecer as peculiaridades da realidade observada e de estabelecer uma relação respeitosa com os atores do contexto investigado (Minayo, 2004).

A pesquisadora, ao se colocar em diferentes espaços, sempre trajada com jaleco, despertava os olhares curiosos e intrigados tanto de profissionais não-médicos quanto de usuários. Optamos pelo uso do jaleco, para que a figura da observadora não fosse tão estranha aos trabalhadores da USF e aos usuários do serviço. Misturando-se aos membros da equipe, a presença da pesquisadora exerceria uma interferência menor no ambiente. Assim, sua imagem tornou-se aos poucos mais um elemento da composição do contexto vivenciado. Paulatinamente, o estranhamento deixou de pautar a interação entre pesquisadora e trabalhadores do serviço. A imagem da pesquisadora era constantemente formulada e reformulada ao longo de sua frequência no campo pelos trabalhadores da USF.

Durante as seis observações realizadas nos espaços abertos da Unidade, foi possível visualizar claramente como a assimilação da imagem da pesquisadora no campo ocorreu. A relação desta com os profissionais não-médicos e vice-versa se modificava a cada dia. De um estado em que não era olhada para outro em que era cumprimentada com simpatia e procurada para a

partilha de dificuldades e falas em tom de denúncias. De total estranha tornou-se colega, era referida como amiga e fiscal da Semus (Secretaria Municipal de Saúde) em tom jocoso. Angrosino (2009) reafirma a importância da construção do relacionamento pesquisador-grupo humano por ser ele o responsável pelo amadurecimento e desenvolvimento da pesquisa no campo. De acordo com o autor embora o pesquisador tenha habilidade suficiente para coletar e analisar os dados, “sua dependência da cooperação e boa vontade dos informantes para concluir a pesquisa é quase total” (p. 114).

Buscou-se, durante as observações, manter uma atenção difusa na tentativa de registrar diferentes acontecimentos simultaneamente e ao mesmo tempo redobrar a vigilância às crenças, representações e valores da própria observadora. Isso é difícil e pode levar o pesquisador a nutrir certa inquietação, traduzida pela impossibilidade de apreender todos os acontecimentos e os aspectos decorrentes deles durante a incursão no contexto. O afã de relatar e registrar o que é vivenciado da maneira mais fidedigna possível angustia. Quando munidos de uma série de informações prévias acerca do fenômeno investigado, podemos incorrer na tentação de reafirmá-las, ao vivenciar um evento no campo, crivo conceitual mencionado por Oliveira (2000).

Por essa razão, a tônica das observações foi a de olhar, ouvir e estranhar as cenas, mesmo que tivessem uma configuração familiar e conduzissem fortemente a pesquisadora a um lugar conhecido de conclusões fáceis e supostamente óbvias. Muitas vezes, isso ocorreu e foi percebido em momento posterior, com a releitura dos diários de campo e com a complementação dos registros após a observação. Evento que encontra ressonância na ideia fundamentada por Oliveira (2000) sobre escrever e interpretar os dados frutos da inserção no campo. O autor afirma que o pensamento só se desenvolve ao se redigir um texto com vagar e de modo reflexivo. Não é possível chegar a conclusões claras relativas aos dados apenas a partir do registro sistemático das observações. O escrever sobre o vivenciado possibilita confrontar-se continuamente com a realidade do pesquisado.

Podemos dizer que a primeira etapa de observação, nos ambientes da USF em geral, foi fundamental para a inserção “avançada” na Unidade, ou seja, para que a pesquisadora fosse bem recebida no ambiente dos consultórios.

2.3. O reconhecimento do ambiente e de suas interações

Ao considerar a Unidade um complexo de camadas superpostas e intercomunicantes, acreditamos seguir no sentido de apresentá-las das mais externas para as mais internas. As mais externas se relacionam ao contexto não somente físico-estrutural do serviço, mas a aspectos políticos e ideológicos que permeiam a comunicação dos agentes que por ela transitam e a sua dinâmica técnico-operacional. As mais internas referem-se à rotina diária do serviço, envolvendo a forma de interação entre seus atores: os trabalhadores da Unidade e os usuários.

Importante dizer que camadas intercomunicantes são aquelas que permitem o contato e criam a possibilidade de troca dos elementos que as constituem. São, por isso, permeáveis e cambiáveis. Começamos por uma breve descrição com algumas ocultações do território da Unidade. Esse território assemelha-se a tantos outros que se situam em pontos periféricos de grandes cidades. Ao longe, conseguia-se enxergar alguns detalhes, mas apenas se por algum motivo, no frenesi da rotina diária daqueles que lá não viviam e pertenciam a uma inserção social distinta a dos moradores, houvesse uma suspensão do tempo e nesta o olhar fosse guiado para um ângulo diferente. Ele estava no nível dos morros, disfarçado por uma fachada composta de prédios comerciais. O primeiro sentido ativado no trajeto em direção à Unidade era o olfato, por alguns maus odores que imperavam, provenientes de uma grande vala que lá existia por onde passavam águas pluviais e esgoto, depois a visão que permitia captar os detalhes.

A pesquisadora já havia visitado por algumas vezes o território durante a investigação, mas a percepção mais apurada do ambiente só foi se afinando com o tempo. Belezas existiam, muitas, e contrastes também se comparado ao espaço ocupado na cidade pela classe média. Alguns odores incomodavam e ao mesmo tempo impunham-se como um marco de chegada à região. Casas inacabadas

resistiam com seus tímidos coloridos, um verde aqui, um azul acolá, um laranja, um lilás e superavam a dureza e a inclinação do terreno. Umas quase que construídas sobre as outras. Deste lugar de observadora, com uma distância maior, era possível ver apenas casas amontoadas. As cores imprimiam certa alegria a um local com muitas restrições sociais, materiais, educacionais, entre outras.

A médica Elvira destacou os perigos que cercavam a atuação no território indicando que a dinâmica da própria Unidade era modificada em função disso. Em conversa informal, relatou que, quando havia notícia de conflitos armados na região, as visitas domiciliares eram interrompidas. Do contrário, as visitas eram realizadas condicionadas a códigos não declarados (não utilizar o celular durante as visitas, por exemplo), mas que vigoravam e deveriam ser respeitados pelos profissionais. Alguns médicos protelavam as visitas, outros as faziam com certa tranquilidade, ocupando outros espaços do território como escolas e igrejas, por exemplo. Os profissionais percebiam o contexto como violento e julgavam que a população vivia sob constante apreensão. Alguns profissionais indicaram esses motivos para o uso substancial de psicofármacos como benzodiazepínicos e antidepressivos no território. Foram inúmeros os relatos de estresse e ansiedade nos consultórios.

Em contextos sociais desfavoráveis, é nítido o aumento da demanda por serviços de saúde. São fatores como o desemprego, por exemplo, que elevam as visitas aos clínicos gerais e desencadeiam queixas de ansiedade, depressão e estresse (WHO, 2008). No Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (2008) a saúde é tratada como um processo complexo que envolve diferentes esferas da sociedade. Por essas características as políticas públicas voltadas aos diferentes setores como a educação, igualdade de gênero e inclusão social, repercutem no campo da saúde e podem contribuir de maneira positiva para sua melhoria. Entendemos que a mudança na realidade das famílias que habitam uma região com poucos recursos pode acarretar a transformação da configuração dos problemas de saúde apresentados.

As pessoas encontravam-se na Unidade e transitavam no corredor de entrada onde riam, manifestavam descontentamento, conversavam com

conhecidos dos bairros. Esse espaço público era experimentado como espaço de encontro. Muitas vezes, instauravam-se interações amistosas entre usuários e agentes comunitárias de saúde. Estas se aproximavam dos usuários, mostravam-se atenciosas e preocupadas.

Quadros com informes, eventos e descrição das equipes e trabalhadores da USF compunham o cenário. O guarda patrimonial circulava por todos os ambientes. Na recepção, erguia-se um vidro transparente com uma fresta extensa na horizontal, por onde profissionais não-médicos se comunicavam com os usuários. À esquerda um corredor de espera posicionado em frente a uma sala de avaliação inicial, responsável pela triagem das intercorrências (as demandas não programadas) e, ao lado, a copa e vestuários, espaços privativos dos trabalhadores da USF, para refeições, trocas de roupa, conversas informais e fluxo para dentro e fora da Unidade. Em geral, não compartilhavam da entrada pela porta principal com os usuários, talvez pelo fato de estar fixado no espaço privativo o aparelho de ponto.

À direita do corredor que levava à recepção encontramos os consultórios odontológicos, a sala de coleta de exames, a farmácia, escovários, banheiros. Mais um corredor curto surgia à esquerda onde estavam salas de expurgo, esterilização, medicação/nebulização e curativo. Retornando ao corredor principal vimos duas carreiras de cadeiras encostadas nas duas paredes que delimitavam o corredor. O consultório dos enfermeiros aparecia e com ele a sala de preparo, onde eram realizados procedimentos iniciais de pesagem, aferição de glicose e pressão antes da entrada do usuário nos consultórios médicos. Mais adiante uma bifurcação, o corredor se transformava em dois outros, curtos e estreitos onde estavam oito consultórios. Nas portas não existiam nomes, apenas placas fixadas com horários que designavam a entrada, a pausa e a saída dos profissionais, o número do consultório e comandos como “Por favor, **aguarde ser chamado(a) pelo médico para atendimento clínico**” (grifo presente nas inscrições).

É questionável a eficiência dos avisos. Observou-se um esforço indireto para que estes fossem efetivos. Chamamos de esforço indireto o fato de os profissionais sublinharem e realçarem com caneta fluorescente a palavra “aguarde” em suas placas, na tentativa de fazer valer a norma almejada. Ainda

assim, a interrupção dos atendimentos era frequente, não apenas por usuários, mas também por profissionais não-médicos da USF que em geral compunham a equipe do profissional interrompido. Essa dinâmica parecia determinar que o acesso aos consultórios fosse facilitado, mas indicava também que esse acesso era condicionado. Nesse caso, condicionado a um desrespeito da norma almejada.

Destacamos essa questão não pelo fato de os médicos terem inviabilizado, de maneira alguma, a entrada da pesquisadora no consultório, mas por eles não serem muito visíveis nos outros espaços da Unidade, transitando pelos corredores sempre com muita pressa. Com os demais profissionais não-médicos não ocorria o mesmo. Alguns caminhavam com vagar, paravam para conversar com outros, preenchiam os espaços “abertos” do serviço.

No primeiro piso, o que encontramos foi essa distribuição de maneira geral. No segundo piso encontramos escadarias que nos levavam em um primeiro plano, à direita a uma dispensa, sala do serviço social, sala de marcação de consultas, à esquerda ao auditório e ao fundo a sala das agentes comunitárias de saúde. O auditório ainda comportava outras duas salas, a da educadora física e a dos agentes ambientais. Ao sairmos do auditório, encontramos um longo corredor destinado à área de serviço, dois banheiros de uso restrito que ficavam fechados, a sala dos enfermeiros, mais um corredor à esquerda tendo ao fundo a sala da psicologia e saindo dele, na volta para o corredor principal localizava-se a sala da administração e direção.

Descritos os ambientes da Unidade, já é possível avançar no sentido da apresentação das situações vivenciadas. Elas se concentraram nos seguintes espaços: recepção e corredores de espera para consultas médicas. A partir das observações realizadas, aproximamo-nos das representações partilhadas pelos membros da Unidade acerca de usuários SVD e das práticas sociais construídas para lidar com eles. Devemos pensar que tais representações passam pelas ideias construídas em relação aos usuários em geral.

Concomitante a essa exposição, tatearemos os aspectos complementares que nos ajudarão a compreender melhor o processo de intercâmbio de representações das camadas mais externas (os ambientes “abertos” da Unidade)

para as mais internas (os consultórios, ambientes pretensamente “privados”). Eles propiciarão o entendimento sobre os processos formativos das representações sociais, a saber ancoragem e objetivação. As representações sociais acerca das pessoas que manifestam sintomas vagos e difusos passam por elementos representacionais relacionados a outros objetos como, por exemplo, o trabalho na Unidade, os usuários em geral, os grupos que coexistem no ambiente.

Agora podemos seguir adiante apresentando as Situações presenciadas e reordenadas que contribuirão para o entendimento das representações partilhadas, dos comportamentos manifestos e dos discursos emitidos sobre o fenômeno estudado.

2.4. 1ª Etapa de observações: ambiente geral da Unidade

Em diversas sessões de observação, realizadas em dias e horários alternados, alguns traços comuns à dinâmica do serviço foram identificados. Os usuários mantinham um trajeto necessário na Unidade quando agendados e variável quando constituíam a demanda espontânea. No primeiro caso, chegavam diretamente à recepção, informavam o horário de sua consulta, eram liberados no sistema e encaminhados para a sala de preparo. Acompanhando diariamente esse fluxo em horários distintos, ora dentro do ambiente da recepção ora nos corredores próximos a ela, foi possível presenciar Situações pertinentes à nossa discussão.

Dada a orientação para procurarem a sala de preparo, os usuários seguiam em sua direção. Depois de entrarem, saíam munidos de informações quanto ao peso e a pressão para aguardar o chamado de seus médicos. Esse era o trajeto certo para os que conheciam a Unidade. Esses transitavam por ela com desenvoltura, mas quem a frequentava pela primeira vez desorientava-se. Usuários eram informados na recepção que estavam liberados e deveriam ir ao preparo, seguiam supostamente ao destino, mas com um semblante indicando dúvida. Não existiam placas informativas que apontassem para a direção. Depois de algum tempo retornavam à recepção e solicitavam que o profissional não-médico repetisse a informação e indicasse o caminho. Não raras vezes o

profissional não-médico respondia com impaciência, como se o usuário tivesse a obrigação de saber como chegar lá.

Identificam-se aqui problemas relativos à “comunicação”. Inclui-se na comunicação toda e qualquer inscrição afixada nas paredes ou quadros da Unidade, placas indicativas e ruídos nos canais de interação entre usuários e profissionais não-médicos. Com isso, verificamos algumas deficiências que podem influenciar a qualidade da relação estabelecida entre o serviço como um todo com os usuários em geral, gerando implicações para essa interação.

Um dos problemas foi a sinalização deficiente. As placas indicativas eram antigas, quando não ausentes. Aquela afixada na parede frontal da recepção, por exemplo, estava desatualizada, não acompanhando as modificações realizadas na Unidade em relação às salas de serviço social, enfermagem, psicologia que eram apontadas como pertencentes ao primeiro pavimento. Nela não constavam o “consultório 1” destinado ao atendimento por enfermeiros, a sala de preparo (a primeira indicada aos usuários agendados), tampouco os consultórios médicos.

Outro problema que impedia a comunicação livre e clara entre Unidade e usuários era o sistema de agendamentos que impactava negativamente no acolhimento inicial. O sistema não tolerava atrasos de mais de cinco minutos. Assim, quando a fila se formava diante da recepção, os usuários agendados eram rapidamente chamados para a liberação de sua consulta no sistema, de modo a garantir que ela não fosse cancelada. O fluxo era intenso e tanto eram prejudicados no acolhimento aqueles com consulta agendada quanto os que compareciam para a intercorrência (demanda espontânea).

Os usuários não eram ouvidos integralmente e os ruídos na comunicação eram grandes. Mal-entendidos aconteciam frequentemente, tais como: antecipação de consulta do mês seguinte para o dia atual; confusão quanto ao profissional que o usuário demandava; encaminhamentos indevidos, fazendo com que os usuários esperassem em vão por um atendimento que não tinham solicitado; certa impaciência em relação àqueles usuários que não conseguissem explicitar rapidamente o que necessitavam, etc.

Em uma Situação, a pesquisadora, posicionada do lado de dentro da recepção acompanhava a chegada dos usuários. Uma mulher retornou à

recepção para reclamar do fato de ter sido encaminhada para o setor errado. Manifestou descontentamento e a profissional não-médica justificou que seu colega devia ter entendido mal, em função do vidro que se interpunha entre ele e os usuários. Nesse mesmo dia, outro usuário procurou a recepção com a finalidade de requerer um laudo psiquiátrico. Verbalizou claramente a demanda. A profissional não-médica da recepção, contudo, transmitiu o caso ao colega pedindo o agendamento de consulta para a psicóloga da Unidade. O colega perguntou ao usuário a razão de solicitar atendimento psicológico e este reafirmou que não o queria, mas precisava de um laudo psiquiátrico. Depois da insistência do usuário, enfim houve a marcação da consulta com o médico para posterior encaminhamento ao psiquiatra.

Há de se considerar que a barreira física, o vidro, na interação entre profissionais não-médicos da recepção e usuários delimitava a distância entre eles, além de restringir o acesso à informação comunicada. Existia uma pequena abertura horizontal por onde o som das falas passava, mas, de qualquer forma, profissionais não-médicos e usuários manifestavam dificuldade em se ouvir. Quando os usuários se posicionavam abaixo dessa pequena abertura, a comunicação ficava ainda mais difícil. Existiam tentativas assistemáticas dos profissionais não-médicos de entenderem o que era dito e de se fazerem entender, alterando o volume de suas vozes. Isso ocorria geralmente quando repetiam a informação, levando-os a certa impaciência por fazê-lo inúmeras vezes. O vidro parecia ser um fator de proteção para os profissionais não-médicos e a fronteira que definia o papel de cada um na relação. Evidenciam-se com essas Situações os seguintes Temas que se repetiram em outras Situações:

- Tema 1: a comunicação estabelecida entre Unidade e usuários apresentava deficiências;
- Tema 2: o acolhimento inicial dos usuários era dificultado por barreiras físicas e de gestão técnico-operacional.

A pesquisadora concentrou as observações da primeira etapa na recepção e nos corredores de espera para as consultas. Muitas situações sinalizaram dificuldades vivenciadas na interação entre profissionais não-médicos e usuários nesses ambientes. A Situação de recepção e encaminhamento dos usuários foi

observada em diferentes dias. Destacamos, a seguir, algumas Cenas que a compuseram.

Em dada sessão de observação, de dentro da recepção, a pesquisadora acompanhava um usuário que se apresentou e disse que tinha consulta agendada. Cena 1: A profissional não-médica pediu o cartão de consultas. Ele, aparentando não compreender claramente do que se tratava, retirou de seus pertences outro tipo de documento. A profissional não-médica insistiu não ser o documento correto. Apresentou mais um, ainda inadequado. Depois de se esforçar para acertar sem maiores explicações por parte da profissional não-médica, preferiu se afastar da recepção. Encostou-se na parede em frente à recepção e pôs-se, solitariamente, mais uma vez a procurar o cartão. Parecia tentar entender de qual documento se tratava. Não pediu esclarecimentos ou auxílio a algum profissional não-médico e esse auxílio também não lhe foi oferecido.

Em outra Cena, uma usuária acabava de chegar à recepção. Cena 2: ela foi orientada pela profissional não-médica e se dirigiu aparentemente ao local desejado depois da indicação realizada: a sala de preparo. Alguns minutos depois, quando encontrada no corredor pela pesquisadora, perguntou para onde deveria se dirigir. A pesquisadora comentou que ela havia recebido orientação na recepção. A mesma respondeu que não havia entendido as instruções da profissional não-médica. Surge uma interessante questão: se ela não entendeu, por que se furtou a manifestar, no momento da instrução, suas dúvidas? Possivelmente, dentre outros elementos, por vergonha ou receio de ser repreendida.

Em outra Cena, uma usuária dirigiu-se à recepção para perguntar sobre a avaliação física. Cena 3: Esclarecida a dúvida, indagou: “O Dr. [nome de um enfermeiro] já abriu agenda?” Referiu-se a um enfermeiro por “doutor”. A profissional não-médica da recepção pareceu achar natural aquele tratamento. De fato a palavra “doutor” é utilizada como marca de prestígio, sendo secularmente associada à área médica. No contexto, observou-se seu uso para destacar a distinção entre profissionais não-médicos e usuários. Talvez por essa razão, entre outras, foi que a usuária continuou a referência às demais profissionais não-

médicas valendo-se do vocativo doutor(a). Referimo-nos a esta palavra como vocativo por não se caracterizar como um pronome de tratamento. Relaciona-se a um título acadêmico o qual o emprego é recomendado em comunicações relativas a pessoas com grau universitário de doutoramento (Brasil, 2002).

Cenas como essas denotam que os usuários assumiam posição de inferioridade diante dos profissionais não-médicos do serviço. Comportavam-se de maneira submissa, sentindo-se pouco à vontade para pedir auxílio, além de utilizarem termos que marcavam posições sociais distintas entre eles.

Diante dos inúmeros usuários que chegavam à recepção e solicitavam atendimento, os profissionais não-médicos oscilavam entre uma atitude solidária e outra de autoridade, própria de quem tinha nas mãos o poder de facilitar o atendimento médico ou negá-lo. Em uma Cena acompanhada do interior da recepção, um rapaz procurou por atendimento. Cena 4: Relatou passar mal havia dois dias, mas disse pertencer a outro território. Seguindo o princípio ético-doutrinário do SUS de universalidade, esse não seria motivo para não obter atendimento. No entanto, a profissional não-médica decretou não ter vaga. Olhou para a pesquisadora e justificou: “É difícil dar jeito. A gente não consegue nem com os daqui. É por isso que eu digo, tá passando mal, por que não foi ontem pro médico?”. Reprovou o comportamento do indivíduo em procurar assistência médica e, por julgar que deveria tê-lo feito em outro momento, não se esforçou em auxiliá-lo (mesmo que efetivamente não houvesse vagas naquela Unidade, o acolhimento inicial deveria prover encaminhamento adequado). O usuário, visivelmente sentindo dor, foi embora sem se opor.

Em outra Cena, depois de ter contato com uma usuária que reivindicava atendimento, que não foi concedido em função da ausência de vagas, uma profissional não-médica da recepção verbalizou (Cena 5):

Eu não sei, essa população daqui é muito... parece que gostam de vir ao médico. Tem gente que vem aqui todo o dia. Igual aquela menina. Disse que tava passando mal, na mesma hora que disse que não tinha vaga pra demanda, ela falou: - Então marca dentista pra mim. Vê se ela tá doente!

Observa-se que ela acredita que alguns usuários recorriam muitas vezes à Unidade sem motivo. Mais uma vez, realiza-se um julgamento de valor que acaba

por orientar a conduta em relação ao público atendido. As Cenas descritas revelam os seguintes Temas:

- Tema 3: estabeleciam-se relações que desfavoreciam o empoderamento dos usuários;
- Tema 4: realizavam-se julgamentos de valor a respeito dos comportamentos dos usuários, julgamentos que orientavam condutas.

Nesse sentido, os profissionais não-médicos percebem os usuários em geral como exogrupo. Quando isso ocorre, profissionais não-médicos e médicos se assemelham e esses grupos assumem postura diferenciada que lhes garante poder. Nas interações, os profissionais não-médicos posicionavam-se como aliados dos médicos e, ao mesmo tempo, como subordinados à lógica médico-centrada. Por outro lado, diante dos usuários, colocavam-se como superiores: o acesso ao serviço dependia de sua palavra.

A maneira como os profissionais não-médicos da recepção finalizavam o atendimento também foi aspecto revelador dessa lógica. Ela denotou o poder incorporado por eles na função que exerciam. Frequentemente diziam o seguinte: “Já te liberei. Pode ir para o preparo”. O atendimento geralmente era breve, o fluxo era intenso e existia o compromisso com os agendamentos. Seguindo as reflexões de Pendleton et al. (2011), cabe ressaltar o quanto essa abordagem inicial é importante, porque faz parte do “ciclo de cuidado” (Pendleton et al., 2011) e constitui a vivência anterior do usuário até chegar ao consultório. Não havia acolhimento no espaço investigado, uma vez que o acolhimento pressupõe o estabelecimento de relações baseadas na escuta, na responsabilização e na constituição de vínculos (Franco et al., 2003). Os profissionais não-médicos expressavam se incomodar com o fato de usuários relatarem sua história na recepção. Diziam que deviam fazê-lo na sala de avaliação. Foi observado que, quando usuários tentavam explicar melhor sua situação, constantemente eram interrompidos. O atendimento era restrito à coleta de dados objetivos e breves. Esses aspectos levantados levam a identificação de um padrão comum:

- Tema 5: profissionais não-médicos percebiam que a recepção não era lugar para o exercício do acolhimento.

Com os usuários em geral a situação era essa, mas, dentre eles, alguns tinham privilégios. Isso ocorria quando o usuário mantinha relações de amizade com os profissionais não-médicos da recepção. Nesses casos, quando havia impossibilidade de agendamento ou limitação de outros procedimentos, devido ao número reduzido de vagas, a eles eram apresentadas alternativas. Em uma Cena observada, essas alternativas se configuravam como transmissão de informações privilegiadas, de modo a garantirem o atendimento. Cena 6: Eram expressas de maneira indireta, na forma de sugestões tais como: “Se ela estiver passando mal mesmo, pode vir na demanda, entende”. O poder exercido está no fato de que se pode facilitar o atendimento “dos meus” (daqueles que são, de alguma forma, reconhecidos como membros do endogrupo), mas o atendimento dos outros deve seguir estritamente as normas. Assim podemos inferir o seguinte Tema:

- Tema 6: profissionais não-médicos assumiam condutas diferenciadas junto aos usuários, favorecendo aqueles com os quais julgavam compartilhar um grupo de pertença.

2.4.1. Um evento emblemático

Quando falamos sobre as pessoas que não agendavam consultas, que iam à USF por demanda espontânea, observamos que desentendimentos ocorriam mais especificamente por conta da interação desenvolvida com os profissionais não-médicos da Unidade. Um exemplo emblemático é o de uma usuária que chegou à Unidade em busca de atendimento para a filha, que estava desacordada. A Situação foi acompanhada parcialmente, não mais a partir da recepção e sim do corredor principal, na região dos consultórios.

A usuária se exaltou de maneira gradual. Foi primeiro ao corredor principal, visivelmente preocupada, perguntou sobre os médicos e encontrou todas as portas fechadas. No final do corredor transversal, ao abrir a porta de um dos consultórios, encontrou uma oportunidade de conversar com uma médica. A conversa, no entanto, não surtiu o resultado desejado. Houve recusa em atendê-la. A usuária se ausentou com destino à recepção.

Foi possível ver o retorno da usuária da recepção com destino à área dos consultórios já exaltada, falando em voz alta e batendo nas portas dos

consultórios com força. Apenas um dos médicos abriu a porta e procurou saber o que estava acontecendo, não foi o mesmo médico com o qual a usuária havia conversado anteriormente. Segurou a usuária pelos dois braços e lhe pediu calma. Ela aceitou o pedido. Momentos depois do ocorrido, a pesquisadora encontrou a usuária no corredor, aguardando por sua filha. Resolveu indagá-la sobre o que havia acontecido e ela respondeu que havia relatado, na área da recepção, sua necessidade, quando uma auxiliar de enfermagem informou a ela que existiam apenas dois médicos e as vagas só abririam à tarde. E completou que a auxiliar disse a ela que se quisesse poderia bater à porta de algum consultório e perguntar se alguém estaria disposto a atendê-la. Como a filha estava desacordada, concluiu que não podia esperar.

Disse que ainda assim ficou a observar a movimentação e percebeu que havia mais médicos na Unidade. Foi quando retornou à auxiliar e informou que os médicos estavam lá. Recebeu como resposta uma verbalização que denotava falta de implicação: “Eu não posso fazer nada”. Foi então que conseguiu falar com uma médica sobre o seu problema e ela lhe informou que já havia cumprido a sua cota de atendimentos. Procurou novamente a profissional não-médica e ela a ignorou. Não viu outra maneira a não ser se comportar como fez. Diante do comportamento da profissional não-médica, a usuária, demonstrando autonomia, sugeriu uma maneira mais empática de a referida profissional aceitar sua reivindicação: “O certo seria ela falar: - Aguarda um minuto que eu vou ver se um médico pode te atender. E não me mandar bater na porta pra ver se eles me atendem”.

A partir do relato da usuária podemos inferir que está presente a desconfiança em relação aos profissionais não-médicos da Unidade e, além disso, descontentamento quanto aos serviços prestados. Esses dois aspectos, entre outros, possivelmente levavam os usuários a manifestarem comportamento mais agressivo como forma de reivindicação pela melhoria do serviço.

A auxiliar de enfermagem que havia informado à usuária sobre a ausência de médicos para o atendimento dirigiu-se ao médico que a atendeu e perguntou a ele quem iria defendê-la das reclamações dos usuários, uma vez que justificou ter agido para preservar o médico. Ela disse que havia informado à usuária sobre a

ausência desse profissional que deveria estar em visita domiciliar. Ocorreu uma pequena discussão entre eles no corredor transversal, não acompanhada pela pesquisadora para não inibir o transcorrer da situação. Concluímos que a orientação geral para a abordagem desses casos não foi seguida por todos os profissionais não-médicos da mesma maneira. Os outros usuários que presenciavam a Situação manifestavam apoio à usuária. Reafirmavam que, muitas vezes, só conseguiam atendimento quando se exaltavam e eram mais agressivos. Os recursos que eles encontravam para serem vistos e reconhecidos incluíam manifestação de agressividade.

Sobre esse episódio gerador de inúmeras comunicações entre profissionais não-médicos e usuários, o guarda patrimonial também se pronunciou. O guarda foi indagado a respeito do episódio e localizou o problema na conduta dos médicos. Ele comentou que esse tipo de situação ocorria com frequência na Unidade e, embora já soubessem do procedimento a ser realizado, permitiam que os usuários se exaltassem para depois atendê-los. Relatou que, nesses casos, sempre era um médico em específico que se mobilizava e atendia o usuário. Quando perguntado se os outros médicos não atendiam, respondeu: “Eles não atendem é só ele mesmo... Aqui você vai ver muita conduta antiética, muita coisa errada”. Ele ainda acrescentou, depois de saber sobre o teor do método da pesquisa, que os médicos poderiam simular um bom atendimento diante da pesquisadora. Em tom de denúncia e revolta, enunciou: “Eu queria que alguém da administração viesse aqui pra avaliar os médicos, aí eles iam ver tudo o que acontece”.

Por esse relato, conseguimos verificar que o profissional não-médico que participava da rotina da Unidade e acompanhava inúmeras situações que nela se desenrolavam, identificava-se mais com os usuários que com os profissionais médicos. Além disso, nutria uma desconfiança acerca dos serviços de saúde, tal como os usuários. É possível abstrair do episódio alguns núcleos de significado, tais como:

- Tema 7: a falta de acolhimento do usuário ao longo da cadeia de interações entre estes e os profissionais não-médicos;

- Tema 8: profissionais não-médicos podiam identificar-se com usuários, em certas situações, em contraposição ao grupo de médicos;
- Tema 9: profissionais não-médicos e médicos desentendiam-se quanto a procedimentos-padrão.

Sobre a cadeia de interações desenvolvidas com o usuário até que este chegue aos consultórios médicos, podemos dizer que há repercussões no comportamento desse personagem (o usuário), que catalisam representações dos profissionais não-médicos em relação a ele. Quando a usuária referida no episódio deixou a Unidade, o caso ganhou os corredores e ambientes privativos. Ele rompeu com a dinâmica prevista de trabalho e gerou comunicações que, sendo vias de construção e de expressão de representações sociais, ancoraram o evento inusitado em categorias conhecidas. Todos se mobilizaram em torno do evento e buscaram uma explicação para ele. Na sequência da observação, foi possível escutar a explicação partilhada por alguns técnicos de enfermagem. O comportamento da usuária foi ridicularizado e considerado desproporcional para a ocasião, ao invés de ter sido problematizado. Um técnico de enfermagem enunciou que: “A menina só desmaiou. Era só tomar soro. Tem gente que gosta de fazer show”. A mãe foi intitulada de “barraqueira” e de “sem noção” por um grupo de técnicos de enfermagem.

Como encontrado por Souza (2012), a população atendida, quando se manifestava com mais veemência na reivindicação pelo serviço, era caracterizada também por “barraqueira”. Os profissionais não-médicos seguiram justificando sua postura, com a afirmação da ideia de que os usuários agressivos acabavam condicionando o atendimento que obtinham. Esses eram tratados muitas vezes com desprezo, negligência e até com certa ironia porque “se comportavam mal”.

- Tema 10: profissionais não-médicos percebiam certos usuários como “barraqueiros” e “sem-noção” porque, segundo sua percepção, se queixavam desproporcionalmente e sem motivo.

2.4.2. Nos corredores

Nas Situações anteriores, vimos que os usuários eram representados de variadas formas pelos profissionais não-médicos, o que influenciava o modo como

eram acolhidos no interior da Unidade. Vimos brevemente, que os próprios usuários também construíam ideias e teorias a respeito dos serviços prestados pela Unidade. Alguns eventos nos ajudarão a desvendar como essas ideias e teorias eram constituídas. A Situação acompanhada nos corredores disse respeito aos usuários que chegavam com muito tempo de antecedência para a consulta. Com muita frequência, mesmo com lugares vagos para sentar, permaneciam em pé diante da porta do consultório indicado de seu médico. Pareciam temer a perda da consulta e, por essa razão, queriam garantir que seriam vistos pelos médicos e que seriam atendidos. A recomendação era para que se apresentassem com 30 minutos de antecedência e a tolerância era de apenas cinco minutos de atraso.

No período de observação, foi possível verificar que algumas pessoas se antecipavam em até uma hora e, dessa forma, em sua maioria, acabavam por aguardar um tempo excessivo para o atendimento. Exaltavam-se, manifestavam descontentamento com a espera e demonstravam certo cansaço pelo tempo prolongado que aguardavam. Uma das usuárias reclamou da espera: “Não sei pra que eles pedem pra gente chegar mais cedo, se a gente tem que ficar mofando aqui”.

Contribuía para a espera o tempo de 20 minutos reservado na agenda dos médicos para cada paciente. Para alguns era destinado mais tempo que para outros, dependendo da dinâmica da relação estabelecida. Aconteciam muitas interrupções durante os atendimentos. Eram enfermeiros, agentes comunitárias de saúde, e outros usuários que batiam à porta dos consultórios para solicitações diversas. Esses comportamentos influenciavam diretamente no tempo de espera de usuários e na avaliação deles quanto aos serviços de saúde prestados pela Unidade. Claro que a avaliação é iniciada desde o momento em que se entra na Unidade até a incursão no consultório. De qualquer forma, o destino final do usuário agendado pode definir sua percepção do serviço. Esta pode ser prejudicada ou revertida positivamente, dentro dos consultórios, no contado direto com o médico.

Consequentemente, se o usuário tiver uma experiência ruim na entrada ao serviço, manifestará comportamentos correspondentes e possivelmente será

julgado por eles. Cabe lembrar de uma Cena em que um médico anunciou o nome da próxima usuária a ser atendida e se tratava de uma demanda espontânea. Cena 7: Os demais usuários que o aguardavam surpreenderam-se por terem agendado consulta e perceberem que a sequência havia sido desrespeitada. A usuária que seria a próxima a entrar se manifestou dizendo que era a sua vez. O médico permaneceu com a porta entreaberta, conferiu em sua agenda e confirmou que ele havia chamado a pessoa certa. Insatisfeita com a conclusão, a usuária se queixou com irritação: “Isso é um absurdo!”. O destaque está no fato de o médico, em nenhum momento, ter se preocupado em explicar à usuária o que havia acontecido. Isso porque o profissional médico, ao consultar a sua agenda, teria ciência de que a usuária que passou à frente daquela com horário agendado, tratava-se de uma demanda e por isso, poderia ser encaixada entre um agendamento e outro. Não houve tentativa de esclarecimento do evento.

Observamos que os usuários não eram informados sobre possíveis alterações no funcionamento do serviço. Por que será que a Unidade não se comunicava com os usuários? Pode ser que essa prática fosse sustentada pelas seguintes ideias nutridas em relação a eles: “eles não merecem”; “não são capazes de entender”; “ao invés de minorar, favoreceria os barracos”; “não me sinto implicado o suficiente com a Unidade para ‘assumir sua voz’ na interação com os usuários”. Revisitamos o Tema 1 que destaca as deficiências na comunicação entre Unidade e usuários (vide Apêndice D) e se relaciona às ideias descritas.

Enquanto a pesquisadora estava em mais uma sessão de observação no corredor transversal de espera, uma senhora aguardava para a realização do exame preventivo de câncer do colo uterino (Papanicolau) chamado correntemente pelos atores da USF simplesmente de “preventivo” (Cena 8). Durante sua espera, comentou com a pesquisadora que não estava se sentindo muito segura para o exame. Quando indagada a respeito, disse que outras pessoas relataram a ela que os resultados de exame sumiam na Unidade. Além desse dado, a usuária se surpreendia com o fato de seus resultados serem sempre negativos, isto é, sem detecção de irregularidade.

Isso mostrava percepção de falta de credibilidade dos exames, o que a levou a procurar um médico particular e, quando obteve o mesmo resultado, convenceu-se de que não havia nenhuma irregularidade. Continuou a conversa afirmando que houve um tempo em que sua experiência com a Unidade não era boa, pois chegava a aguardar três anos para uma consulta com especialista. Atualmente, mencionou que o mesmo procedimento levava cerca de uma semana, o que caracterizava para ela uma relativa melhora do serviço. Essa Situação deflagrou mais uma vez o elemento “desconfiança” partilhado entre os usuários sobre os serviços prestados pela Unidade. Contudo, anunciou uma transformação quanto a essa ideia porque no momento em que a usuária apontou que algumas coisas mudaram como a diminuição do tempo de agendamento com o especialista, por exemplo, indicou que ela percebia melhorias nos serviços prestados pela Unidade.

Nessa Cena 8 especialmente, a insegurança da usuária conduziu-a a um gasto extra, na procura por um serviço privado, com a crença de que poderia ser mais bem atendida. Essa crença pode derivar de uma “teoria de senso comum” que concebe os serviços de saúde como bens a serem consumidos. Os que podem pagar estão incluídos e os que não podem são segregados e relegados ao serviço gratuito e de má qualidade. Isso reforça a desigualdade social. Ideias que permeiam também o discurso do guarda patrimonial de que os serviços da Unidade não eram ofertados de maneira adequada aos usuários.

Os comportamentos apresentados pelos usuários podem ser mais bem compreendidos quando acompanhamos mais Situações e Cenas. Essas podem apontar para representações partilhadas entre usuários sobre os trabalhadores da Unidade. Em todas as observações, a pesquisadora percorreu a Unidade vestida com jaleco, como estratégia de aproximação aos trabalhadores do serviço. Por essa razão, ela era identificada pelos usuários como mais um membro da equipe de saúde. Cena 9: Foi em uma dessas ocasiões que uma usuária se aproximou com a seguinte pergunta: “A senhora é [nome de uma profissional não-médica]?” Queria saber se a pesquisadora era uma das profissionais da USF. O destaque é para o fato de ter se referido a ela por senhora, mesmo sendo esta de idade correspondente à idade da usuária.

Casos parecidos ocorreram. Cena 10: Uma usuária abordou um dos enfermeiros da Unidade da seguinte forma: “Oh, Dr. [nome do enfermeiro], o senhor não pode passar esse remédio pra mim?”. Reafirma-se aqui que, sob o ponto de vista de alguns usuários, a delimitação da fronteira entre eles e os profissionais de saúde, de forma geral, passa pelo tratamento diferenciado dado àqueles.

Os usuários pareciam assimilar atributos disseminados socialmente sobre sua categoria social, pessoas de classe popular, e constroem sua maneira de estar no mundo, embasada nesses atributos. Reivindicavam o que queriam da maneira como acreditavam serem ouvidos. Foram alvo de crítica as manifestações dos usuários, como vimos no tópico sobre “o evento emblemático”. Além de ações mais veementes dos usuários pela obtenção de atendimento, as críticas que direcionavam à Unidade também foram reprovadas pelos profissionais não-médicos. Os usuários eram considerados como pessoas que reclamavam sem razão e muitas vezes de maneira desproporcional.

Em conversa com alguns técnicos de enfermagem, no horário do almoço, houve a manifestação de descontentamento com o fato de os usuários não reconhecerem a eficácia do serviço, quando este funcionava bem. Exemplificaram com experiências de ações bem sucedidas, sob suas avaliações, que não obtiveram prestígio por parte dos usuários, e que foram inclusive alvo de reclamações. Evidencia-se assim, o Tema 10 (a percepção dos usuários como “barraqueiros” e “sem-noção”) que pode ser conferido, na íntegra, no Apêndice D.

2.4.3. As interações médicos-usuários no exterior dos consultórios

Depois de vermos algumas Situações e Cenas que deflagraram comportamentos, falas e ideias de profissionais não-médicos acerca dos usuários, cabe considerarmos interações entre médicos e usuários, temas da Situação descrita. Tais interações poderiam dar mais indícios de como os primeiros representam os segundos e nos ajudar a responder nossos objetivos de pesquisa. No entanto, devemos ser cautelosos nesse momento. Isso porque, no ambiente geral da Unidade, as interações entre esses personagens eram poucas e de difícil observação. Ora muito sutis, restringindo-se a tímidos cumprimentos, ora quase

inacessíveis por se reservarem à faixa transitória para o consultório, a saber, a pequena fresta da porta.

Poucos foram os médicos que, ao transitarem pelos corredores, cumprimentaram os usuários. Muitas vezes, passavam rapidamente por todos eles, preocupados em realizar alguma tarefa dentro do tempo limitado de que dispunham. Muitos foram os usuários que bateram às portas dos consultórios e solicitaram algo dos médicos por não terem conseguido agendar consulta ou para conseguirem o que necessitavam mais prontamente. Houve certa oscilação quanto ao atendimento desses usuários. Alguns eram autorizados a entrar, outros precisavam aguardar a disponibilidade do médico e existiam aqueles que não conseguiam atendimento. Esses comportamentos muitas vezes estavam condicionados à agenda do profissional médico, ao problema relatado, à disponibilidade do médico em atender aquele caso, à mediação por algum membro da equipe e à persistência do usuário.

Existiam usuários que aguardavam por muito tempo para falar com algum médico. Durante uma sessão de observação, no corredor de espera para as consultas médicas, a pesquisadora resolveu abordar um desses usuários. Tratava-se de mulher, que comentou aguardar por determinado médico que estava em visita domiciliar. O médico, de acordo com ela, dissera que a atenderia. Esse assentimento teve tanto poder sobre ela que, mesmo informada por outros profissionais não-médicos que a visita demoraria a manhã inteira, insistiu em esperar, com a justificativa de que, mais cedo, encontrara com o médico e dissera que o esperaria.

Aguardou por bastante tempo e resolveu desistir. Olhou para a pesquisadora antes de ir, com um semblante de resignação, e afirmou que voltaria à tarde. Ela aparentemente não procurou sua agente de saúde e esperava, para cumprir seu único objetivo, falar com o médico. Parecia creditar a resolução de seu problema apenas a esse médico e ele, por não esclarecer à usuária que poderia demorar se algum imprevisto ocorresse e que, nesse caso, ela poderia retornar no período seguinte a manteve nesse lugar de dependência e submissão.

A submissão fica mais evidente quando nos atentamos à próxima Cena vivenciada. Essa Cena 11 exemplificou a distinção velada, por não ser mencionada explicitamente, mas manifesta por alguns comportamentos que se estabeleciam entre médicos e usuários em geral. Os médicos, bem como tantos outros profissionais não-médicos da Unidade, não partilhavam dos banheiros disponíveis no primeiro piso com os usuários. Foi observado que o bebedouro também não era utilizado pelos médicos. Cada um adotava uma estratégia para beber água. Alguns levavam suas garrafas, outros se valiam dos copos plásticos da Unidade e bebiam água no filtro da copa.

Como normalmente fazia, a pesquisadora bebeu água no bebedouro disponível e uma das médicas ao ver a cena interpelou imediatamente: “Não, não bebe aí não”. Justificou, demonstrando asco, que já havia visto “muitas coisas” acontecerem no bebedouro e que por isso era preciso tomar água proveniente do filtro da copa. Cedeu um copo e assim foi feito. Nota-se que as práticas podem basear-se no estabelecimento de distinção na disponibilização de recursos para usuários e médicos. Reforça-se aqui a ideia de que os usuários pertenciam a uma categoria distinta, uma vez que não tinha problema ser oferecido a eles um bebedouro de qualidade inferior àquele oferecido aos trabalhadores da Unidade. Mesmo que esse bebedouro reservado aos usuários representasse risco à saúde de qualquer pessoa que o utilizasse, aceitava-se a sua manutenção. Por que mantê-lo da maneira como estava a todos os usuários? A partir do conteúdo descrito emerge o seguinte Tema:

- Tema 11: na percepção dos médicos e na organização espacial da Unidade, os usuários apareciam como categoria distinta.

2.4.4. A dinâmica médico-centrada e seus efeitos

Comentamos sobre o agrupamento de profissionais não-médicos e de médicos da Unidade em oposição aos usuários. Agora vamos nos concentrar na relação entre outros dois grupos sociais: os usuários e os profissionais não-médicos, tema da próxima Situação descrita. Isso se torna interessante a partir do momento em que constatamos que ambos guardam certa submissão e hostilidade em relação à mesma categoria, aquela dos médicos. Há contraste

entre os dois quando se trata de representações que um constrói sobre o outro, mas, se for considerada a oposição ao grupo de médicos, há grande semelhança. Consoante a essa ideia sobre a formação de um grupo e o sentimento de pertença, Tajfel (1982) enuncia que “um grupo torna-se grupo no sentido em que existe a percepção de que tem características comuns, ou um destino comum, sobretudo porque existem outros grupos no meio” (p. 294).

Em uma circunstância envolvendo a pesquisadora e a educadora física, por exemplo, ao ser indagada sobre uma dinâmica específica da USF, a profissional não-médica verbalizou em tom de descontentamento: “A minha participação é limitada. Eles [referindo-se aos médicos] podem tudo e eu não posso nada”. Observou-se que os profissionais não-médicos de maneira geral queixavam-se dos médicos da Unidade. Expressavam vez ou outra a insatisfação por considerarem que eles gozavam de privilégios dos quais os demais profissionais não usufruíam.

A oportunidade de presenciar momentos privativos aos profissionais não-médicos da Unidade trouxe a possibilidade de apreensão de comentários sobre a postura dos profissionais médicos quanto ao trabalho em equipe e ao respeito às normas institucionais. Cena 12: A Cena ocorreu no horário de almoço dos profissionais não-médicos, realizado no auditório. Alguns deles se reuniam com frequência para ali fazerem suas refeições, descansarem e conversarem. Diziam, em linhas gerais, que os médicos não tinham senso de grupalidade, seguiam suas próprias regras, muitas vezes burlando as orientações operacionais.

Isso indica que, sob a perspectiva dos profissionais não-médicos, os médicos se comportavam como categoria diferenciada e independente. Revela-se aqui certa assimetria de poder entre profissionais não-médicos e médicos no serviço. Essa assimetria é reafirmada por outras Situações relatadas a seguir. A Situação remete ao Tema 9 (profissionais não-médicos e médicos desentendiam-se quanto a procedimentos-padrão) por sugerir que os médicos desrespeitavam alguns procedimentos-padrão.

De acordo com profissionais não-médicos, em uma circunstância informal, nos corredores da Unidade, os médicos acabavam por causar indisposição entre profissionais não-médicos e usuários. Cena 13: Uma agente comunitária de

saúde falava sobre sua dificuldade em conseguir adesão de usuários para atendimentos agendados, porque existiam médicos que atendiam usuários sem horário marcado previamente. Relatava que alguns desses médicos eram insubordinados às normas da USF. Com certa revolta, verbalizou: “Porque o que eu falo não vale nada, o que vale é o que o médico fala”.

Outra Cena interessante, que sugere certa tensão entre profissionais não-médicos e médicos, ocorreu no dia em que a pesquisadora perguntou a uma auxiliar administrativa sobre o motivo da ausência de uma médica. Cena 14: Foi perguntado se havia acontecido algo parecido com o que ocorrera a outra médica, que fora afastada por atestado em função de uma dengue considerada grave. A profissional não-médica sorriu e com certa reprovação enunciou: “Não, é uma gripe”. A forma como enunciou essa simples frase, esboçando um sorriso, em tom irônico, denunciou sua intenção. O que estava subjacente ao seu discurso foi que a médica provavelmente forjou a gravidade de seus sintomas para ter alguns dias de folga. E mais, por ser médica, ela poderia fazer isso sem maiores consequências. Tais Cenas nos permitem extrair os seguintes Temas:

- Tema 12: profissionais não-médicos e usuários construía e mantinham práticas que posicionavam médicos em lugar hierarquicamente superior aos demais profissionais não-médicos;
- Tema 13: a presença de tensão (desconfiança e hostilidade) entre profissionais não-médicos e médicos.

O indício de hostilidade dos usuários voltada aos médicos ocorreu em inúmeros comentários realizados nos corredores de espera. Eventualmente tais comentários eram partilhados com profissionais não-médicos, guarda patrimonial, auxiliares de limpeza, entre outros, além de o serem com outros usuários que lhes garantiam sustentação. Cena 15: Durante a observação, novamente no corredor transversal de espera, uma médica deixou seu consultório em busca de uma usuária que não correspondeu à chamada realizada para atendimento. Ela percorreu ambientes da Unidade, desde a área dos consultórios até a recepção. Enquanto isso, usuárias que a aguardavam observavam a cena e conversavam entre si reprovando a ação da médica. Uma delas iniciou: “Em vez de ficar

sentada esperando né!” A colega respondeu: “Ela [a usuária chamada] deve ter cansado de esperar e foi embora!”.

Em outro dia, próximo ao término do horário de almoço de alguns médicos, a pesquisadora iniciou mais uma sessão de observação. A Cena presenciada referiu-se a usuários que chegavam à Unidade à procura desses médicos. Cena 16: uma usuária dirigiu-se ao guarda patrimonial e, demonstrando impaciência, perguntou se a médica Daniela havia chegado. Ele respondeu, em tom provocador, que deveria ter chegado se respeitasse o horário. O atraso era de mais de 20 minutos. A mesma usuária retornou e repetiu o comportamento. O guarda, com ironia, respondeu que a médica ainda não havia chegado e acrescentou: “Pergunte a ela porque chegou atrasada”. A usuária imperiosamente respondeu: “Eu pergunto mesmo”. O guarda então replicou dizendo: “É lógico. É direito nosso. Direito do cidadão”. Depois disso ainda fez comentários com outra usuária com indignação.

Observamos que a identificação de profissionais não-médicos com usuários incluiu a categoria social de “cidadão” nessa circunstância. Havia cumplicidade e solidariedade quando eventos vivenciados, de modo compartilhado, irrompiam o ambiente da Unidade. Eram frequentes as interações nos espaços “abertos” da Unidade entre profissionais não-médicos e entre estes e os usuários. Isso significa que eles partilhavam dos mesmos espaços ocupados pelos usuários. Eles ocupavam o corredor principal de espera, no intervalo do almoço, assistiam à TV juntos, brincavam entre si. Assim, constatamos que as Cenas relatadas se associam aos Temas 8 (identificação de profissionais não-médicos a usuários em contraposição aos médicos, vide Apêndice D) e ao Tema 14: a presença de tensão (desconfiança e hostilidade) entre usuários e médicos.

2.4.5. As condutas e afetos em relação aos possíveis usuários SVD

Ainda no ambiente geral da Unidade, a pesquisadora tentou identificar situações que pudessem revelar algo sobre as representações e práticas dos profissionais não-médicos e médicos relativas aos usuários SVD. Depois de insistir por algum tempo em espaços “abertos” diversos, houve a constatação de que esses aspectos poderiam ser apreendidos no ambiente da recepção. Nesse

ambiente, além das interações já apresentadas, puderam-se acompanhar duas Cenas envolvendo possíveis usuárias SVD.

Uma dessas Cenas observadas disse respeito a uma usuária idosa. Cena 17: Ela chegou à Unidade e se encaminhou direto para a recepção dizendo estar passando mal. Clamou por atendimento ao profissional não-médico: “Meu filho, pelo amor de Deus me acode”. O profissional não-médico a encaminhou para a sala de avaliação inicial e logo verbalizou: “Todo o dia ela tá passando mal”. Intrigada com a observação, a pesquisadora perguntou: “E ela passa mal mesmo?”, com intuito de investigar se ele concebia a senhora como uma usuária que simulava seus sintomas e procurava a Unidade sem motivo.

Ele respondeu, com certa dúvida: “Creio que sim, às vezes a pressão é baixa. Acho que ela não toma remédio direito”. O curioso é que logo depois desse comentário ele recordou de outra usuária que também procurava a Unidade com frequência: “Tinha outra também que vinha sempre aqui e deram um basta nela. Ela vinha aqui, falava que tava morrendo”. Se acreditavam que a usuária tinha uma doença revelada por seus sintomas, por que dariam “um basta nela”? Explicou que a usuária, de acordo com o que lhe informaram, tinha a intenção apenas de discutir com os médicos e, por esse motivo, vetaram seu atendimento na “demanda” (atendimento de intercorrências). Desde o momento em que isso aconteceu, seu atendimento passou a ocorrer unicamente através do agendamento de consulta.

A segunda Cena referiu-se a uma mulher que se apresentou na recepção e solicitou agendamento de consulta. Cena 18: A profissional não-médica a tratou com certa impaciência e indiferença. Ela retirou das mãos da usuária o cartão de consultas sem lhe dirigir o olhar ou uma palavra. Como autômato, realizou a sua função. A usuária, em silêncio, virou-se e foi embora. Diante dessa cena, a pesquisadora sentiu-se impelida a enunciar um comentário para provocar alguma justificativa da profissional não-médica para o comportamento expresso na interação: “Ela esteve aqui ontem”. A profissional não-médica demonstrou chateação ao dizer: “lh, essa vem todos os dias aqui”. Não houve tempo para explorar mais a respeito do caso devido ao fluxo intenso de usuários na recepção.

No entanto, as condutas observadas apontaram no sentido de comportamentos de evitação voltados a esse tipo de usuária.

Foram observadas poucas Cenas com a presença de usuários SVD. Isso não quer dizer que frequentassem pouco a Unidade. Nos relatos dos profissionais não-médicos, esses usuários (mais frequentemente usuárias) apareciam com assiduidade o que poderia deixá-los enfasiados, por não acreditarem que sempre existia uma queixa legítima. Foi possível inferir os seguintes Temas:

- Tema 15: frente a possíveis usuárias SVD, profissionais não-médicos manifestavam comportamentos de evitação, procurando impedir ou encurtar o contato;
- Tema 16: frente a possíveis usuárias SVD, profissionais não-médicos manifestavam afetos negativos como impaciência e enfado.

Observou-se que, na percepção dos profissionais não-médicos, eram usuárias(os) que “se repetiam” (repetiam sua presença, repetiam suas reclamações, se repetiam). Neste momento não é possível identificar com clareza a figura, que se tornará mais evidente apenas na sequência, com a análise das consultas e entrevistas. Há um contorno ainda fraco de uma figura partilhada pelos profissionais não-médicos para concretizar esse tipo de usuário (processo de objetivação das representações sociais). Por essa razão, não seremos aqui precipitados. Cabe-nos dizer que, a partir do momento em que se elege uma imagem para designar um objeto (no caso, os usuários SVD), uma figura para concretizar um conceito (no caso, a noção de “poliqueixosa(o)”) atributos e “teorias do senso comum” acompanham essa imagem e acabam por orientar condutas.

Lembremos de que se trata de um dos processos formativos das representações sociais, a objetivação, responsável pela construção social de uma figura, que retira do campo abstrato um objeto da realidade ainda não conhecido, com o intuito de torná-lo familiar e minimizar conflitos que dificultem as práticas cotidianas (Moscovici, 1961/2012). Algumas ações indicavam descaso, enfado. Parecia que a presença recorrente do usuário na Unidade, gerava desconforto na equipe. Dentre os motivos, pode-se supor que, na percepção dos profissionais não-médicos, esses usuários atrapalhavam a dinâmica dos atendimentos ou

retiravam a atenção dos usuários em geral, com as histórias recorrentes. Verificaram-se diferenças nos comportamentos destinados aos usuários em geral e aos usuários SVD.

2.5. Considerações acerca dos dados apresentados na 1ª. etapa

Com os dados apresentados, concluímos a exposição das Situações vivenciadas nos espaços “abertos” da Unidade. Optamos por, além de apresentar os resultados da observação participante em duas etapas distintas, realizar um trabalho de síntese analítica para cada uma delas. Para a discussão dos dados, centramo-nos em aspectos que dizem respeito aos objetivos perseguidos pela pesquisa. Eles se referem às representações e práticas sociais de médicos voltadas aos usuários SVD. Faz-se relevante destacar que tais representações e práticas são construídas no contexto da Unidade e partilhadas por diferentes protagonistas nas interações com os usuários. Assim, as representações sociais de médicos em relação aos usuários SVD podem ser mais bem compreendidas quando voltamos a atenção também à rede de significados que permeia os outros grupos que coexistem na Unidade e as condutas que eles destinam aos usuários em geral.

No quadro a seguir, elaborado conforme procedimento analítico proposto por Souza (2012), para melhor visualização, destacamos alguns Temas encontrados na primeira etapa da observação, que têm relevância para a compreensão dos processos sócio-cognitivos envolvidos na interpretação do fenômeno que é nosso foco principal, os usuários SVD. Eles serão discutidos ao longo destas considerações.

Quadro 1. Observação participante: Temas relativos ao ambiente “aberto” da Unidade e implicações quanto aos usuários SVD.

Temas	Influência na interação médico-usuária SVD
Tema 4: realizavam-se julgamentos de valor a respeito dos comportamentos dos usuários, julgamentos que orientavam condutas.	Objetivação de modos de vida, das reivindicações e da manifestação do sofrimento das usuárias SVD como demasiadas e
Tema 10: profissionais não-médicos percebiam certos usuários como “barraqueiros” e “sem-noção” porque, segundo sua percepção, se queixavam desproporcionalmente e sem motivo.	
Tema 11: na percepção dos médicos e na	

organização espacial da Unidade, os usuários apareciam como categoria distinta.	correlatas as de uma população “barraqueira”, ignorante pertencente a uma realidade diversa.
Tema 14: a presença de tensão entre usuários e médicos.	
Tema 15: frente a possíveis usuárias SVD, profissionais não-médicos manifestavam comportamentos de evitação, procurando impedir ou encurtar o contato.	Organização das interações a partir de uma racionalidade biomédica hegemônica que tende a excluir usuárias SVD dos serviços de saúde, uma vez que não preenchem os requisitos de uma usuária legítima (doente).
Tema 16: frente a possíveis usuárias SVD, profissionais não-médicos manifestavam afetos negativos como impaciência e enfado.	Permeia as intervenções voltadas às usuárias SVD, conduzindo a relações ainda mais polarizadas e geradoras de dependência.

As relações estabelecidas entre médicos e profissionais não-médicos e entre médicos e gestão exercem influência na elaboração de representações e no desempenho de condutas dos médicos e dos profissionais não-médicos. Por essas razões, a descrição das observações não se restringiu a Situações em que estivessem presentes apenas assuntos relativos aos sofrendores somáticos e aos médicos. Foi levantada, ao longo do relato, uma série de elementos como Situações, Cenas, Temas, grupos sociais e afetos acerca tanto de usuários em geral quanto dos usuários SVD.

Nesse momento, as informações levantadas deverão ser organizadas de modo a propiciar o esclarecimento de sua relação com as questões da pesquisa. As Situações e as Cenas vivenciadas foram resultantes de observações restritas a três ambientes “abertos” da Unidade: a recepção e os dois corredores de espera para a entrada nos consultórios. Participaram dos relatos os seguintes protagonistas: usuários em geral, possíveis usuárias SVD, recepcionistas, auxiliares de enfermagem, guarda patrimonial e médicos.

As atividades dos profissionais não-médicos da recepção eram de receber os usuários, realizar agendamentos e confirmar a chegada deles para as consultas agendadas. Eles constituíam uma das partes do acolhimento. No entanto, na Unidade pesquisada, o exercício da função parecia estar dissociado dessa etapa do “ciclo de cuidado” (Pendleton et al., 2011). A preocupação era a de atender o fluxo o mais rápido possível de modo a respeitar os agendamentos e colaborar com a dinâmica operacional da USF. A gestão que privilegiava os fluxos e a presença de uma dinâmica médico-centrada deram o tom da condução desse setor da Unidade. A partir das Situações apresentadas nesse ambiente,

verificamos o quanto é premente a revisão do papel dos profissionais não-médicos que dele fazem parte.

Em estudo feito por Franco et al (2003), que relata uma experiência desenvolvida em Betim (MG), houve a constatação de que era necessária a inversão da lógica de funcionamento do serviço lá prestado, de modo a eleger como norte o acolhimento. Foram identificados problemas semelhantes aos acompanhados durante a nossa observação, principalmente no que diz respeito ao primeiro acesso do usuário ao ambiente de uma Unidade: a recepção. Observou-se, como na Unidade também pudemos constatar, que a relação profissional não-médico e usuário sofria de um desgaste gradual e persistente. Os trabalhadores acabavam por se alienar do processo de trabalho, tornando a sua função burocrática. Essa característica incidiu no caráter da relação com o usuário. Ela se tornava impessoal intensificando uma oposição entre essas categorias.

O “evento emblemático” relatado acima explicitou claramente não apenas a questão da comunicação deficiente entre Unidade e usuários, mas um comprometimento do quesito acolhimento em diferentes instâncias do serviço. Como Oliveira et al. (2006) nos ensinam, as ações para o incremento da autonomia e do cuidado do usuário dizem respeito a qualquer trabalhador de saúde. Apesar de sua formação, todos podem acolher por meio da qualidade da comunicação desenvolvida, que será definida por “atitudes” específicas dirigidas aos usuários. Elas são chamadas pelos autores de “atitudes psicoterapêuticas e de reabilitação”. Relevantes à análise do caso relatado, destacamos as seguintes: ouvir de maneira global tanto sinais verbais quanto não verbais; acolher sem explicitar concordância ou discordância; escutar com a finalidade de auxiliar no esclarecimento de alternativas aventadas pelo usuário, manter uma comunicação que prime pelo respeito e clareza.

Fato que intensifica a importância da adoção dessas atitudes é o de, no serviço, o funcionamento ser médico-centrado. Para o evento apresentado que causou exaltação da usuária e conflitos entre a equipe, poderia ter sido designado um enfermeiro ou mesmo um auxiliar de enfermagem para uma avaliação prévia e atendimento emergencial, mas foi escolhido o caminho do consultório médico,

com a conseqüente negação de cuidado à usuária. Assim, vemos o quanto o “fator” acolhimento pode se elevar como aquele revelador da dinâmica do processo de trabalho de um serviço na sua relação com o usuário. Segundo Franco et al. (2003), são os encontros e ruídos ocorridos na fase de acolhimento que podem evidenciar falhas, vistas como possibilidades de revisão do modo de se trabalhar em saúde. Ele abre caminho para a inserção de mudanças no cotidiano, transformando um modelo médico-centrado em usuário-centrado, cujo comprometimento é maior na defesa do indivíduo e da coletividade.

Seguindo o modelo médico-centrado e operacional ordenado segundo uma “Racionalidade Gerencial Hegemônica”, como cunhou Campos (2013), a conduta dos profissionais não-médicos revelou a presença de um caráter normativo que partia de julgamentos de valor sobre os comportamentos manifestos pelos usuários. Os profissionais não-médicos reproduziam uma dinâmica médico-centrada, associando-se à categoria profissional médica, de maior prestígio social e reconhecidamente privilegiada no serviço. Na comparação social (um dos processos ligados à identidade social, Tajfel, 1982), esses profissionais não-médicos, assim se aliavam aos médicos e destinavam aos usuários condutas em grande medida autoritárias, ou seja, determinadas unilateral e coercitivamente, sem incentivo à colaboração.

O traço de autoritarismo foi encontrado também em relação aos usuários SVD. Nesse caso ainda parecia existir uma intensificação à medida que se tratava de um usuário que era percebido como “repetitivo”. Havia um conflito claro de interesses: o profissional não-médico com o objetivo de dar vazão ao fluxo e o usuário com o desejo de ser bem atendido e acolhido em sua fala. O distanciamento entre esses dois grupos, como vimos, materializava-se em uma barreira também física, a janela de vidro, que impedia a boa comunicação.

Nessa mesma esteira, vimos o quanto a dinâmica médico-centrada permeou as relações estabelecidas na Unidade. Nas interações observadas entre médicos e usuários, já nos corredores de espera (mesmo antes da entrada nos consultórios), havia um forte traço do binômio dependência-submissão. Os usuários, apreendidos pela dinâmica e lógica mencionadas, procuravam majoritariamente o médico. Confiavam na palavra desse profissional médico e a

tomavam como referência preferencial. Por outro lado, os médicos pareciam alimentar essa ideia de modo a manter a dependência do usuário em relação aos seus serviços. Esse panorama nos aponta a questão da concentração de poder que limita a democratização no âmbito dos serviços. Há uma organização verticalizada que acaba por exercer sobre profissionais não-médicos e usuários a função de restringir sua manifestação. São produzidos, a partir disso, sujeitos com coeficiente pequeno de autonomia que tendem a comportamentos repetitivos e não reflexivos (Campos, 2013).

Alguns, como os médicos, de acordo com a percepção dos profissionais não-médicos eram os que gozavam de certa autonomia. Em certos momentos, havia cisão entre os grupos de profissionais não-médicos e de médicos e aproximação daqueles ao grupo de usuários. Provavelmente, havia certo agrupamento de profissionais não-médicos e usuários na comparação social (Tajfel, 1982) em relação ao grupo de médicos, porque a maior parte dos profissionais não-médicos como auxiliares de enfermagem, agentes comunitárias de saúde, auxiliares de limpeza, auxiliares administrativos, guardas patrimoniais guardavam atributos de classe mais próximos àqueles dos usuários.

Pertenciam geralmente a camadas populares e partilhavam de dificuldades na aquisição de bens materiais e no acesso a serviços. Além disso, no campo da saúde, sabe-se que os profissionais de medicina são mais valorizados e que adquirem status social de maior destaque, uma vez que, na organização do trabalho em saúde ainda prevalece o modelo médico-centrado (Franco & Merhy, 2003).

É na comparação social que os grupos desenvolvem uma avaliação de valor sobre si no embate com outros grupos. Quando essa comparação intergrupual é bem sucedida, contribui para consagração da autoestima dos membros do grupo. No entanto, para que o endogrupo tenha atribuições positivas em relação aos exogrupos, é necessário que ele seja posicionado em um patamar superior. Assim, algumas distorções são requisitadas nas comparações de modo a garantir uma diferenciação vantajosa do endogrupo em face de outros grupos (Tajfel, 1982). Isso ocorreu quando os profissionais não-médicos agrupavam-se aos médicos na comparação com usuários, quando os médicos estabeleciam

uma diferença entre eles e os usuários e no momento em que havia identificação entre profissionais não-médicos e usuários na comparação com o grupo de médicos.

Como resultado da formação grupal conflitante de médicos e usuários, como observado nas Situações apresentadas, estes eram percebidos por aqueles como pertencentes a uma categoria distinta. Na Cena 11 em que a médica surpreendeu a pesquisadora com a recomendação de não utilizar o bebedouro compartilhado pelos usuários, ela sinalizou a existência de uma diferença.

Havia uma marcação clara das diferenças na divisão dos espaços que o grupo dos médicos e profissionais não-médicos partilhavam e que os usuários em geral partilhavam. Observa-se que, a partir dessa composição, naturaliza-se um tipo específico de relação social que contribui para a consolidação da identidade (Tajfel, 1982). Torna-se normal que qualquer médico saia de sua sala, interrompa a consulta do outro médico, para utilizar o banheiro do consultório, por exemplo, como ocorreu por diversas vezes na presença da pesquisadora. Torna-se natural a reivindicação por banheiros privativos e por água, embora existam disponíveis para todos no mesmo piso dos consultórios.

Essas crenças em torno da necessidade de espaços privativos podem estar relacionadas a uma maneira de defesa da identidade grupal dos médicos, membros de classes sociais mais abastadas, que não querem ser confundidos com os usuários em geral, de classes populares. Instala-se a partir daí grande necessidade de diferenciação (Tajfel, 1982). Isso reflete o que Fernandes (1995) afirma quando fala sobre discriminação. De acordo com o autor, as ações discriminatórias carregam consigo mecanismos de segregação, porque, à medida em que se avalia o outro como diferente, constrói-se uma barreira entre o eu e o outro, que os distancia. Não se trata apenas de uma barreira simbólica, imprimindo uma não participação nos costumes, mas de uma fronteira material que separa os guetos e os espaços de circulação de uma sociedade que os priva de recursos.

Representados como categoria distinta, também cabia aos usuários apresentarem-se sempre dóceis para que pudessem ter suas reivindicações atendidas. Sendo assim, eram percebidos como “bons usuários”. Se havia alguma

exaltação, manifestação mais incisiva ou qualquer comportamento que desviava daquele desejado, estava nas mãos do profissional não-médico acolher a demanda ou não. Era como se o serviço assumisse o caráter arbitrário em que prevalecesse a visão “se o outro me contenta eu o atendo”. De acordo com Campos (2013), um serviço sob o alicerce da “Racionalidade Gerencial Hegemônica” se vale de dispositivos de controle com o objetivo de assemelhar as pessoas a objetos dóceis para o exercício do comando alheio. De certa forma, essa dinâmica esteve presente nas Situações.

Acompanhada da docilidade, ocorre a transmutação de um direito constitucional, o direito à saúde, em caridade ou favor. Os usuários eram hegemonicamente representados como carentes ou coitados e não como cidadãos que detinham o direito de serem atendidos em suas reivindicações por saúde. Observa-se que as representações sociais traduzem relações de poder estabelecidas (Jovchelovitch, 2004). No caso das Cenas 17 e 18 que mencionaram exemplos de usuários supostamente SVD e de uma usuária com esse perfil, vimos que, conjugados à ideia de coitados para os quais o atendimento era um favor, estavam alguns afetos negativos como a impaciência e o enfado.

As representações elaboradas em relação aos usuários que se manifestavam e se faziam ouvir de forma mais agressiva também são subjacentes ao processo histórico de construção de lugares sociais definidos. Elas denotam o quanto elementos do saber científico, sustentados por especialistas, gozam de maior prestígio que aqueles partilhados por leigos. Diante dessa valorização social, a conduta do profissional médico atua na desqualificação do saber do sujeito que está diante dele. Ela se torna diretiva e prescritiva. Quando a atuação é prescritiva abdica-se do ato de ouvir as demandas do sujeito e as maneiras que ele utiliza para lidar com as situações cotidianas são negadas (Bleger, 1998; Tesser, 1999).

Nesse contexto, com a identificação de dispositivos reprodutores do estigma e da desvalorização social dos usuários, há de se suscitar o *empowerment* (Vasconcelos, 2001) como operador da cidadania. Assim, talvez seja possível diminuir os efeitos nefastos desta universalização excludente na

área da saúde pública que designa um fosso entre quem pode pagar e quem não pode (Vasconcelos, 2001). A reprodução de um modelo autoritário resulta em dominação e atua sobre a diminuição da autonomia e da liberdade que pode ser exercida pelas pessoas (Campos, 2013).

A ação mais veemente dos usuários parecia ser a forma assumida por eles para subverter a ordem imposta por um grupo hegemônico, reivindicando a expressão de sua identidade social e autonomia. É o movimento que Moscovici (2009, citado por Bonomo, Souza, Menandro & Trindade, 2011) apresenta como a transformação de minorias passivas em minorias ativas. Isso ocorre no momento em que elas perseguem o direito de serem governadas por si mesmas, como uma espécie de libertação das algemas de uma submissão velada, mas vivenciada todos os dias.

Ao mesmo tempo em que esse espaço de notoriedade e escuta era buscado pelo usuário de diferentes maneiras, havia certa resignação quanto ao lugar simbólico de excluído ao qual ele era relegado. Outros comportamentos apresentados por usuários evidenciaram que os próprios se reafirmavam no lugar da desigualdade. Eles normalmente dirigiam-se aos profissionais não-médicos da Unidade por meio do vocativo “doutor”. Essa forma de tratamento revela uma diferença traçada.

A diferença possivelmente está ancorada na seguinte lógica: “eles são doutores porque têm uma formação superior e esse aspecto assegura a eles uma posição também superior em relação a mim”. Essa palavra, entre muitas outras utilizadas corriqueiramente, pode expressar relações de poder assimétricas, nas quais um indivíduo é exaltado em detrimento de outro. É necessário que a palavra “doutor” seja estranhada e não naturalizada como forma legítima de tratamento, isso conduz à reflexão acerca do que seu uso pode indicar (Brum, 2012). Esse era um aspecto, possivelmente, de objetivação da equipe de saúde pelos usuários.

Quanto a isso, Brum (2012) elabora uma discussão interessante. De acordo com ela, o “doutor” não se estabeleceu no vernáculo corrente ingenuamente. Desde o início de sua introdução nas interações interpessoais, era utilizado como forma de tratar superiores na hierarquia socioeconômica,

representando um fosso entre classes sociais. Instituiu-se assim no idioma para marcar uma desigualdade vivenciada na concretude da vida social. Neste caso, o uso do “doutor” pelos usuários pôde ser entendido como o consentimento de seu lugar de inferioridade em uma relação polarizada.

Desnaturalizar as práticas instituídas e legitimadas socialmente pode ser uma via para rever o que se é e o lugar no universo simbólico que se confere ao outro. Faz-se necessário subverter alguns valores para se constituir e permitir que o outro se constitua com dignidade. Diferenciar-se do outro é sim um dos mecanismos necessários para descobrir-se enquanto sujeito, mas isso pode ser feito sem que o outro seja renegado e lançado a lugares simbólicos e materiais marginais.

Ainda, para concluir, vimos que os usuários partilhavam de certas representações a respeito dos trabalhadores de saúde da Unidade que conferiam atributos de menor valor a eles mesmos em relação aos profissionais, de forma geral. Contudo, havia outras representações construídas por usuários a respeito dos serviços públicos de saúde. Na Cena 8 apresentada em que uma usuária temia não ter seus exames avaliados corretamente, vemos que o fato de ela se mostrar resistente em conferir credibilidade aos serviços da Unidade pode se relacionar com ideias diferentes.

As opiniões emitidas são permeáveis às influências da mídia, por exemplo, de experiências partilhadas entre membros da comunidade e mesmo de falhas na prestação do serviço da Unidade. Provavelmente tais representações são ancoradas nas ideias sobre os serviços públicos brasileiros, normalmente associados a aspectos negativos. Hegemonicamente são concebidos como ruins, sucateados, nada confiáveis. As Cenas observadas apontam para o raciocínio desenvolvido.

As características que reforçariam a confiança da usuária poderiam se afinar com a necessidade buscada pelos cidadãos que vão além da competência técnica. Eles almejam uma postura compreensiva dos trabalhadores de saúde que os atendem, respeito e que sejam dignos de sua confiança. Quando esses elementos não são encontrados, há insegurança e resultados de saúde diferentes para os mais vulneráveis socialmente, o que intensifica a estratificação social e

retroalimenta o ciclo da desigualdade (WHO, 2008). Esses fatores estão presentes tanto na Cena dessa usuária quanto no momento em que o guarda patrimonial verbalizou o seu descontentamento relativo aos serviços prestados pelos médicos da Unidade. Ambos partilham elementos sobre o mesmo objeto.

Essas foram as Situações e Cenas vivenciadas no ambiente externo aos consultórios. Sua descrição e análise contribuíram para a compreensão de elementos de representações sociais e de práticas sociais construídas no contexto institucional, relativas em sua maioria aos usuários em geral, que certamente terão relevância na ancoragem de elementos representacionais produzidos sobre usuários SVD. Além disso, foi possível tangenciar representações, práticas e afetos desenvolvidos a respeito dos usuários SVD.

2.6. 2ª etapa de observações: ambiente dos consultórios

A segunda etapa caracterizou-se pelo registro de falas e interações de profissionais médicos com os usuários e desses profissionais com seus colegas. As falas e interações registradas se restringiram ao interior dos consultórios. Em apenas uma ocasião, a observação foi estendida a um dos espaços no território dos usuários, salão de uma paróquia, fato que será abordado mais adiante.

Foram acompanhadas algumas consultas envolvendo também, usuários em geral durante o período em que a pesquisadora esteve na Unidade, entretanto a atenção maior esteve voltada às interações relativas aos usuários SVD. O perfil dos médicos participantes foi relativamente homogêneo por não variar no quesito categoria social. Todos pertenciam à classe profissional médica e à classe social de nível socioeconômico privilegiado, considerados os fatores: renda acima de 11 salários mínimos e bairro de moradia. O Quadro 2 descreve a idade, algumas características sobre formação e atuação dos médicos.

Quadro 2. Idade e dados sobre formação e atuação dos médicos entrevistados.

Nome fictício	Idade	Formação complementar	Tempo de experiência profissional	Tempo de trabalho em ESF	Outro trabalho [sim/não]
Amanda	40	Mestrado em Fisiologia Cardiovascular/ Especialização em	16 anos	13 anos	Não

		Saúde da Família			
Bruna	32	Medicina do Trabalho e estética/ Especialização em Saúde da Família	8 anos	8 anos	Não
Clemir	39	Medicina do Trabalho/ Medicina do Tráfego	11 anos	10 anos	Sim
Daniela	50	Ginecologia/ Especialização em Saúde da Família.	27 anos	11 anos	Sim
Elvira	49	-	24 anos	12 anos	Sim

Quatro dos profissionais médicos eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. A formação era diversificada o que torna o grupo heterogêneo nesse aspecto. Três profissionais médicas com especialização em Saúde da Família e outros dois sem essa formação. Uma tinha mestrado em fisiologia cardiovascular, outra em medicina estética, mais um em medicina do trabalho, e uma terceira com especialidade em ginecologia. Dentre os que não fizeram uma formação específica em Saúde da Família, um médico possuía especialização em medicina do trabalho e do tráfego e a outra médica era formada em Clínica Geral. Em outros aspectos tais como idade, tempo de experiência profissional e tempo de atuação na Unidade pesquisada, o grupo entrevistado assumiu também características heterogêneas, como mostram os dados a seguir.

Quanto à idade houve uma variação entre 32 e 50 anos. O tempo de experiência profissional variou de oito a 24 anos. Dois deles atuavam na Unidade por um tempo considerável, nove e 13 anos e os demais estavam no serviço havia cerca de três anos. Este dado pode indicar que havia certa rotatividade de trabalhadores no local. Desde o início da pesquisa até o seu encerramento, a pesquisadora acompanhou a saída de uma médica, em decorrência de aposentadoria, e comentários de dois médicos a respeito de no passado, terem cogitado abandonar o trabalho na Unidade em função da remuneração, considerada por eles baixa. Quanto ao tempo de ESF, houve uma variação de oito a 13 anos. Três deles trabalhavam em outros serviços, enquanto dois apenas na Unidade de Saúde da Família pesquisada.

O registro das situações respeitou a ordem cronológica das idas ao campo. Foram cerca de quinze períodos de observação. Optou-se por acompanhar cada

médico em três períodos que compreendiam, no máximo, três horas de observação cada um deles. A formulação do procedimento analítico respeitou a relevância de eventos para o alcance dos objetivos perseguidos pela pesquisa. Foram separados dois tópicos que designaram atendimentos voltados aos usuários em geral inicialmente, e aos usuários SVD na sequência. Nesses dois tópicos, os aspectos ressaltados variaram, no entanto existiu uma estrutura analítica adotada invariável. Ela disse respeito aos diferentes momentos da consulta que foram iguais tanto na ordenação do conteúdo dos usuários em geral quanto naquela empregada aos usuários SVD:

- 1º.- A entrada do usuário no consultório;
- 2º.- O início da anamnese médica;
- 3º.- O momento do exame físico;
- 4º.- O momento da prescrição e A finalização da consulta.

Todas as Situações observadas foram apresentadas e descritas como narrativas que destacaram a interação ocorrida durante a condução da consulta e os aspectos pregnantes da relação naquele ambiente. Tal procedimento aproxima a descrição das situações vivenciadas ao estilo etnográfico. Elas permitiram mapear a relação entre médico e usuários em geral, como também entre médicos e usuários SVD e apreender as representações sociais construídas por aqueles sobre estes usuários.

Propiciaram também a análise dos processos formativos das representações sociais (objetivação e ancoragem). Como falamos sobre interações e relações constituídas, tocamos no tema das práticas sociais que foram analisadas no momento mesmo de sua construção diante do fenômeno (usuários SVD). Sá (1998) enuncia que a representação é um elo entre o sujeito e seu objeto. Por essa razão, diz respeito a um “saber praticado” que não está no campo da suposição, mas visível através de comportamentos e da interação sistemática pela via da comunicação entre as pessoas.

Antes de iniciarmos o relato seguindo a lógica que acaba de ser exposta, apresentaremos, no próximo tópico, números da segunda etapa da observação, de modo a propiciar ao leitor um panorama do trabalho de campo. Reiteramos que, ao longo do relato de todo o trabalho, tivemos a preocupação de evitar a

exposição dos médicos e de resguardar suas identidades. Com esse intuito, adotamos nomes fictícios para eles, além de ocultarmos quaisquer referências que pudessem remeter diretamente ao local do estudo.

2.6.1. Alguns números da 2ª. etapa de observações

O tempo de permanência no campo tornou possível à pesquisadora o contato com informantes privilegiados, que forneceram dados importantes sobre a dinâmica da Unidade e sobre o fluxo de trabalhadores de saúde que ela abrigava. A Unidade contava com seis equipes de Saúde da família, cada uma delas constituídas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitárias de saúde.

No período de observação (três meses), uma médica aposentou-se, deixando sua equipe desfalcada. Por essa razão, as observações foram realizadas junto a cinco médicos para os quais foram atribuídos nomes fictícios: Amanda, Bruna, Clemir, Daniela e Elvira. Participantes mencionaram que, na Unidade, existia muita rotatividade de trabalhadores, percepção que condiz com dados verificados pela pesquisadora ao longo do período de observação. A psicóloga foi substituída por outra, provisoriamente. Esta também, deixou a função para uma terceira assumir.

Além disso, uma das assistentes sociais ausentou-se sendo substituída por outra. Em uma das equipes de Saúde da Família, houve o afastamento da enfermeira, sendo esta prontamente substituída. Quanto à aposentadoria da médica referida acima, até o momento da finalização das observações, não houvera remanejamento de alguém para o cargo.

Dessa maneira, a área correspondente à equipe encontrava-se, até o término da coleta, desassistida, uma vez que médicos de outra equipe não puderam assumir todos os casos atendidos. Fizemos essas observações porque alguns desses desfalques e substituições geraram repercussão na dinâmica das equipes que certamente implicaram na interação constituída entre estas e a população atendida. Esses aspectos serão abordados mais adiante.

O foco da observação foi a interação entre médicos e usuários SVD. O desafio foi o de compreender, no momento das consultas, quem eram esses

usuários. Como identificá-los dentre tantos usuários atendidos no período de três horas? Os critérios de identificação dos usuários como usuários SVD foram os seguintes:

- Não se basearam no fato de a queixa contemplar sintomas difusos, mas de essa queixa não gerar, para o médico, hipóteses de causalidade associadas a disfunções orgânicas. Esse critério, o mais importante, considerou a percepção dos médicos, uma vez que se tratava de investigar as representações que eles construíam;
- Como complemento desse critério, a presença (que ocorreu em 100% dos casos SVD considerados) de ações terapêuticas peculiares como: prescrições medicamentosas de apenas um sintomático (remédios para dor ou inflamações), remédios homeopáticos, antidepressivos e/ou benzodiazepínicos;
- A condução da consulta no sentido da exploração, mesmo que sutil, de fatores de ordem psicossocial como conflitos familiares e problemas pessoais diversos.

Cabe ressaltar que a Situação só era selecionada como envolvendo um usuário SVD se pelo menos dois critérios estivessem presentes. Tais critérios encontram ressonância na literatura. Um dos estudos da tese de Guedes (2007) referia-se ao levantamento de trabalhos sobre pessoas com sintomas vagos e difusos. Ela selecionou artigos científicos e livros de medicina em um período de 15 anos (1990 - julho de 2005). Esse estudo obteve como principais resultados:

- 1- Aparecer na maioria dos artigos a explicação dos sintomas vagos e difusos associada, principalmente, a fatores psicossociais;
- 2- O fato de os critérios diagnósticos para os sintomas vagos e difusos voltarem-se, especialmente, à consideração dos sintomas físicos sem causalidade específica;
- 3- A realização de tratamento farmacológico especificamente com antidepressivos e benzodiazepínicos, destacando-se como uma das ações terapêuticas mais adotadas.

Explicitados os critérios de seleção das consultas, consideramos relevante a exposição do total de consultas acompanhadas. Elas abrangeram tanto aquelas com os usuários em geral quanto com os usuários SVD. O número de consultas

com usuários e usuárias e outros dados relevantes foram sistematizados no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3. Alguns números da segunda etapa de observação - Usuários de todos os consultórios e suas características gerais: quantidade presente, sexo, idade, pertencimento à área assistida pelo médico e tempo de consulta.

	N	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Média de Idade	Área assistida pelo médico?				Tempo médio de consulta em minutos
		N	%	N	%		SIM		NÃO		
							N	%	N	%	
Usuários em geral	105	67	63,8	38	36,2	37,6	75	71,4	30	28,6	11,1
Usuários SVD	25	23	92	2	8	43,9	23	92	2	8	17,5
% SVD X em Geral	23,8										

Como possibilidade de visualizar o cenário geral investigado, apresentamos esse quadro constituído pelo número total de consultas acompanhadas e suas especificidades. Foram 130 consultas observadas, 25 delas (23,8%) disseram respeito a interações entre médicos e usuários SVD, de acordo com os critérios de identificação anteriormente expostos. O número de mulheres pertencente à categoria de usuários SVD foi predominante com 23 (92%) em relação aos homens com 2 (8%). Eram adultos com média de idade em torno de 43,9 anos. A maioria dos usuários SVD, 23 (92%), procurou o médico de sua área para acompanhamento. E o tempo médio de consulta direcionado a eles foi relativamente maior que o tempo destinado aos usuários em geral, de 17,5 minutos. O quadro mostra que os médicos passavam significativamente mais tempo com os usuários SVD.

Houve uma destacada diferença entre a proporção de mulheres do grupo de usuários em geral em relação ao de usuários SVD. Enquanto que dos 105 usuários em geral, 67 (63,8%) eram mulheres, dos 25 usuários SVD, 23 (92%) eram do sexo feminino. Dados que coincidem com estudos de prevalência de sintomas vagos e difusos na população, apresentados inicialmente (Fortes et al., 2008; Tófoli et al., 2011).

Outro dado que chamou a atenção foi o fato de a maioria tanto dos usuários em geral quanto dos usuários SVD, pertencer à área atendida pelo médico. De acordo com as normas operacionais do serviço e da própria ESF, a demanda é dividida por território. Cada território é subdividido em grandes áreas. Existiam seis grandes áreas cobertas por seis equipes de Saúde da Família no território abarcado pela Unidade. Cada área abrangia de quatro a seis microáreas. Respeitando essa divisão do território, a população adscrita era atendida. Não era possível, por meio do agendamento de consulta um usuário de determinada área escolher certo médico. Os atendimentos quando aleatórios, só ocorriam em função de dois fluxos - o de demanda espontânea e o de encaixe - que estavam relacionados à procura espontânea do usuário pelo serviço em dias indeterminados.

Entretanto, a proporção de usuários SVD observados junto a seus médicos de referência (92%) foi maior que aquela verificada junto aos usuários em geral (71,4%). Isso pode indicar que, mais que os usuários em geral, os usuários SVD se dirigiam à USF para conversar com *uma pessoa em específico*.

Não foi possível, até o momento, fazer um tratamento estatístico mais extenso dos dados, mas pelos números apresentados, vimos que as diferenças são importantes principalmente no que diz respeito à frequência superior de mulheres em relação aos homens que procuram o serviço, à maior procura dos usuários SVD por seu médico de referência e em relação ao maior tempo dedicado pelos médicos ao atendimento de usuários SVD.

2.6.2. As camadas mais internas: no ambiente dos consultórios

O acesso a essas camadas foi facilitado por uma série de elementos que permearam a incursão da pesquisadora no campo desde o início. O primeiro deles referiu-se ao fato de o campo ser conhecido e acessível. Colegas tinham trabalhado nele antes e observaram grande abertura para a realização de trabalhos futuros. Foi um desses colegas que apresentou a pesquisadora a uma das profissionais não-médicas, psicóloga, e no momento seguinte, à educadora física. Em dada oportunidade, também houve o contato com uma das médicas que se mostrou receptiva à proposta de investigação. O estreitamento paulatino

do vínculo com os profissionais não-médicos, de nível técnico e superior, só se concretizou com a visibilidade da pesquisadora nos espaços abertos da Unidade. Todos passavam por ela em algum momento e aos poucos ela se tornou familiar.

Havia certa preocupação com a entrada no campo e com os relacionamentos a serem desenvolvidos, sobretudo com os médicos. A proposta de observar interações dentro dos consultórios médicos era audaciosa e não se sabia sobre a sua aceitação por parte dos profissionais. Isso porque até a presente data, naquele serviço, apenas estagiários de medicina permaneciam nos consultórios. Era nesse caso, um caminho natural e legitimado a ser percorrido. Mas o que dizer de uma investigadora de psicologia social acompanhando os atendimentos? Ela entraria na condição não de aprendiz de medicina, mas de pesquisadora. Em que sistemas representacionais eles ancorariam esse elemento, como o naturalizariam?

Colegas que antecederam a pesquisadora contribuíram para o processo de construção dessa imagem. Possivelmente ofertaram, com suas posturas e trocas estabelecidas, referências para a busca de um sentido quanto à presença da pesquisadora e quanto ao seu papel. Nas observações do ambiente geral da Unidade, olhares curiosos voltavam-se para a pesquisadora, mas nenhuma iniciativa era tomada na direção do esclarecimento das possíveis dúvidas. Pelo contato estabelecido previamente com uma das médicas, outros contatos foram permitidos. Apresentada a mais uma médica por meio da mediação da profissional não-médica conhecida, a pesquisadora propagava a pesquisa e conseguia adesões.

Duas médicas já tinham concordado com as observações dentro dos consultórios, restavam mais três. No trânsito rápido desses profissionais médicos pelo espaço aberto da USF, foi possível abordá-los e garantir a participação de todos. A presença nos consultórios era informada previamente, com a preocupação de respeitar a agenda do médico e de não provocar transtorno na dinâmica da Unidade. Buscamos realizar as observações com um médico por vez. Quando os três períodos de observação eram finalizados, passávamos a acompanhar outro médico. Foram cerca de 45 horas de observação ao todo.

Os perfis dos médicos eram diversos. Cada um deles com estilos peculiares de abordagem dos usuários. Pensar em uma narrativa que contemplasse todos os atendimentos era tarefa difícil, se partíssemos da consideração desses traços genuínos que conferiam nuances distintas aos atendimentos. Contudo, concentrando os esforços nos traços comuns que compreendiam a conduta dos médicos, constitutiva de sua matriz de saber/fazer a tarefa tornou-se possível. O modo de organização da análise e apresentação dos dados respeitou a emergência de elementos que pudessem oferecer informações sobre os objetivos perseguidos pelo trabalho. Por essa razão, houve leitura cuidadosa do conteúdo e a abstração de sentidos voltados à exploração de representações sociais e práticas de médicos sobre usuários SVD.

Antes de seguirmos com a exposição dos dados, com a proposta de orientar o leitor pelos consultórios investigados, apresentaremos as características físicas deles sob a perspectiva da pesquisadora.

2.6.3. Características físicas dos consultórios médicos

Entramos nos consultórios, os ruídos do lado de fora ultrapassavam a porta e muitas vezes invadiam a comunicação desenvolvida entre médico e usuário. Eram ruídos de conversas entre usuários, do aparelho de TV posicionado no corredor transversal de espera, entre outros que eventualmente surgiam. Interrupções ocorriam amiúde. Batiam às portas profissionais não-médicos, usuários que demandavam por atendimento prescindindo do agendamento de horário, estagiárias de medicina que adentravam para iniciar as atividades de seu internato. Celulares tocavam. Muitas vezes, contudo, a privacidade desse momento de encontro entre médico e usuário era preservada.

A maior parte dos consultórios tinha uma estrutura física similar diferenciando-se apenas pela disposição do mobiliário. Eram quadrados com um biombo que os dividia e indicava um limite entre a recepção e o local para o exame físico, com maca, lavabo e outros equipamentos para exames clínicos. Na pequena recepção, onde os usuários eram atendidos, existiam mesa e cerca de três cadeiras, uma para o médico e duas para os usuários. Estas estavam dispostas em oposição na mesa, deixando o usuário de frente para o médico com

uma distância de até um metro e meio, aproximadamente. Todos os consultórios foram decorados com adesivos coloridos de motivos diversos, animais, objetos, de modo a torná-los um pouco mais aconchegantes e atrativos às crianças.

Existiam também quadros de avisos, onde eram fixados anúncios, orientações de saúde, programas da Unidade disponíveis, entre outras informações auxiliando os médicos em sua organização. Os profissionais médicos contavam com uma impressora e um computador para registrarem os atendimentos em prontuário virtual e imprimirem prescrições e pedidos de exames. Um consultório visitado contava com banheiro sendo, por essa característica, utilizado para a realização de exames preventivos (Papanicolau). Muitos médicos também recorriam a ele durante o expediente como vimos.

Agora, já ambientados, propomos a explanação de algumas Situações ocorridas nos consultórios complementares à análise do ambiente geral, posto a permeabilidade das camadas superpostas que caracterizavam o corpo orgânico da Unidade. Os eventos sugeriram a existência de processos socialmente partilhados, influenciados por aspectos de gestão e de relações assimétricas de poder. Os dados foram obtidos a partir do acompanhamento das consultas. Ressaltamos que não temos a intenção de criticar de maneira implacável e rígida as práticas realizadas por médicos atuantes na APS, mas de levar à reflexão sobre pontos frágeis na atenção aos usuários com certa especificidade.

Com essa finalidade, foram apreciadas tanto informações em relação a usuários em geral quanto a usuários SVD. Isso pode favorecer a compreensão do fato de que as representações e condutas dos médicos sobre os usuários SVD estão associadas aos mesmos aspectos relativos aos usuários em geral. Devemos pensar que as consultas não ocorrem isoladamente, embora aparentemente estejam confinadas ao espaço do consultório, mas em um contexto social amplo que baliza o sistema hegemônico de cuidado à saúde (Pendleton et al., 2011).

Por meio desse esclarecimento, a seguir serão revisitados alguns Temas abstraídos do ambiente geral como recursos explicativos, agrupados a outros Temas relativos, mais propriamente, ao ambiente dos consultórios. Antes disso, porém, descreveremos as diferentes reações dos médicos na presença da

pesquisadora. Elas indicaram que estar diante de outro profissional com uma formação específica e com um objetivo investigativo acabava por provocar alguns comportamentos por parte daqueles que supunham ser avaliados.

2.6.4. A reação dos profissionais médicos diante da pesquisadora

Estabelecido um contato maior com os médicos em seu ambiente próprio – o consultório – pudemos observar melhor a influência da presença da pesquisadora sobre o comportamento deles. As reações à presença da pesquisadora foram as mais diversas. Houve diferença do primeiro período de observação se comparado aos demais. Lembramos que foram três períodos com cada médico. No primeiro período, as resistências estavam em curso, muitos estavam preocupados com o gravador. Interrompiam a gravação e reiniciavam quando lhes convinha e somente depois comunicavam à pesquisadora. Observou-se uma grande preocupação com as gravações de conversas informais, fossem entre profissionais médicos ou entre pesquisadora e médicos.

Em mais um dia de observação no consultório da médica Bruna, entrou uma usuária com a sua filha. Ela realizou uma série de apontamentos a respeito do caso da menina. Terminado o atendimento, as usuárias se ausentaram e Bruna verbalizou em tom de desabafo: “Não tenho paciência com esse tipo de paciente!”. Depois de externar o desconforto, explicou que se tratava de uma usuária diagnosticada com Transtorno Bipolar e logo deu-se conta de que o gravador estava acionado. Com isso enunciou: “Ai, isso não pode gravar”.

Notamos que os médicos ficaram condicionados ao fator de desejabilidade social, uns mais enquanto outros menos, quando demonstravam apreensão ao conteúdo gravado, quando repetidamente perguntavam sobre aspectos emocionais aos usuários ou mesmo realizavam uma espécie de automonitoramento, revertendo condutas no momento em que concluíam serem inadequadas ao olhar da pesquisadora. No primeiro dia acompanhando Bruna, durante a maior parte das consultas perguntava aos usuários: “Você se considera muito ansioso(a)?”. Nos demais dias, esse mesmo comportamento, presente nas interações do primeiro período, não foi observado.

Cleimir, durante alguns atendimentos, tinha a necessidade de justificar as suas condutas e o fazia verbalmente, provavelmente com a intenção de amenizar uma suposta avaliação negativa a seu respeito. Para ilustrar esse comportamento, destacamos uma ocasião na qual o médico disse à usuária que poderia falar, pois queria ouvi-la. Contudo, a todo o momento, cortava a fala da usuária. Ao perceber sua conduta, disse em voz alta que havia comentado que queria ouvir a usuária, mas a interrompia o tempo todo, então ela poderia falar que ele a ouviria novamente.

Preocupavam-se em saber especificamente, o teor das anotações da pesquisadora e quando essa preocupação era externalizada a pesquisadora tratava de tranquilizá-los a respeito e de esclarecer as dúvidas com cuidado, de modo a evitar a contaminação dos comportamentos dos médicos em função da vasta informação que poderiam ter quanto aos parâmetros buscados pela pesquisa.

Os médicos oscilavam quanto à preocupação de justificar aos usuários a presença da pesquisadora no consultório. As médicas Bruna e Daniela apresentaram a pesquisadora a todos os usuários, sem esclarecer muitas vezes que se tratava de alguém da área de Psicologia. Quanto a isso, não foram orientados previamente, diziam o que consideravam o mais adequado. Durante as consultas, algumas médicas realizavam comentários com usuários ou faziam brincadeiras e procuravam a pesquisadora com o olhar. Isso ocorreu nos atendimentos de Daniela e Elvira. Talvez se preocupassem com a avaliação de tal conduta despojada e buscavam certa aprovação. A pesquisadora correspondia com um sorriso no intuito de seguir o clima da interação e indicar que qualquer intervenção não seria avaliada negativamente.

2.6.5. Os médicos versus a gestão da Unidade

Ao entrar em contato com o modo de organização da agenda de cada médico, pudemos inferir que a relação com o usuário era esboçada a partir dela. A agenda era um dos elementos que compunha o “ciclo de cuidado” nesta segunda etapa. Isso porque, via de regra, os médicos reservavam cerca de 20 minutos para cada atendimento. Dedicavam parte dos atendimentos de cada

período, manhã e tarde, às demandas (atendimentos não programados), cerca de quatro por período, e os demais horários aos usuários agendados. Existia também a possibilidade de encaixe, quando o usuário agendado se ausentava. Era, normalmente, realizado pelos profissionais não-médicos da recepção, mediante consulta ao médico.

A consulta prévia decorria de alguns dos profissionais médicos demonstrarem insatisfação com o fato de atender encaixes e demandas. Justificavam dizendo ser uma maneira inadequada de atender na Estratégia Saúde da Família, por não permitir o estabelecimento de vínculos com os usuários e por acostumá-los a demandar por um serviço curativista, não de “promoção de saúde” e “prevenção de doenças”. O atendimento massivo de demandas não programadas, inclusive, tendia a tornar um dos médicos em alvo de crítica de seus colegas. Ele era apontado por induzir esse comportamento apresentado por alguns usuários e, assim, prejudicar a dinâmica dos demais médicos. Fator também observado nos ambientes “abertos” da Unidade.

As vagas destinadas à demanda eram rotineiramente preenchidas. Os usuários as utilizavam quando desenvolviam sintomas mais graves ou mesmo como modo de burlarem o sistema e de exercerem a sua autonomia na escolha do médico por quem queriam ser atendidos. Sobre esse fato cabe uma reflexão. O que por um lado é algo positivo por refletir a margem de autonomia possível do usuário no exercício de uma escolha, por outro pode ser um prejuízo para a continuidade do cuidado, posição defendida pelos médicos.

Pendleton et al. (2011) corrobora essa postura, ao afirmar que o fato de ser atendido sempre pelo mesmo médico propicia a construção de um vínculo mais efetivo e um cuidado consistente. Há um entendimento maior entre médico e usuário, o que impacta positivamente a condição de saúde da pessoa atendida e a própria relação.

Na defesa da atitude dos usuários, é interessante considerarmos a perspectiva de Souza (2012) que estabelece uma comparação entre a saúde destinada às camadas mais abastadas da sociedade e àquela dirigida às camadas populares. Sabe-se que é característica de planos de saúde privados a possibilidade de escolha do médico e do dia do atendimento o que, de certa

forma, oferece um parâmetro a ser levado em consideração pela população no momento em que procura o serviço público de saúde. Ao se deparar com a impossibilidade de fazê-lo, evidencia-se uma diferença, não entendida como vantajosa. Campos et al. (2008) reafirmam essa perspectiva, quando dizem que a não abertura à escolha do usuário de médicos de referência pode prejudicar o caráter social das práticas no âmbito da Saúde da Família.

Ao acompanhar alguns profissionais médicos, observou-se que o ritmo de trabalho, principalmente pela manhã, era intenso. Eram poucas as oportunidades para um intervalo. Realizavam atendimentos sucessivos que não os permitiam refletir a respeito, tampouco parar antes do horário de almoço. As demandas eram as mais diversas para alguns médicos, que não dividiam a agenda de acordo com o perfil dos usuários, liberdade que lhes cabia. Aqueles que dividiam a agenda, designavam dias específicos para usuários com hipertensão e diabetes, puericultura, gestantes, por exemplo. Os demais realizavam atendimentos mistos em todos os dias da semana. Dessa forma, deparavam-se a cada porção de minutos com demandas completamente variadas.

Os médicos divergiam quanto às ações voltadas aos usuários com hipertensão e diabete. Alguns preferiam realizar ações fora da USF com grupos de usuários, enquanto outros o faziam no próprio consultório. Elvira verbalizava não estar contente com a estratégia e a organização dos atendimentos, uma vez que tais usuários exigiam um controle maior. Amanda discordava e dizia que a melhor maneira encontrada por ela para consultar todos os usuários com uma atenção diferenciada era o atendimento em grupo. Bruna, em oposição a essa ideia, dizia: “Eu não gosto de atender hiperdia fora e nem os pacientes gostam. Porque o hiperdia fora é pra assim, atender em volume”. Sua crítica se relacionava à limitação da ação nos atendimentos em grupo. De acordo com ela, eram atendimentos muito restritos, voltados apenas às queixas de hipertensão e diabetes. Caso o usuário apresentasse qualquer outra, não havia tempo para explorá-la. Diante do descrito nas linhas anteriores houve a identificação do Tema:

- Tema 17: operacionalmente havia o privilégio de ações voltadas a atendimentos nos consultórios;

Havia um descontentamento manifesto por alguns médicos sobre a dificuldade de comunicação entre os médicos da ESF e os especialistas. Bruna, em uma das sessões de observação, durante uma conversa informal propiciada por uma pequena pausa entre os atendimentos da manhã, relatou que embora todos os especialistas tivessem acesso aos prontuários virtuais, não os consultavam, prescrevendo assim medicações que se sobrepunham àquelas já recomendadas pelos generalistas da ESF.

Quanto às trocas entre os médicos da Unidade, em entrevistas etnográficas, eles apontaram que não existiam discussões de caso ou um espaço reservado para isso. As trocas aconteciam eventualmente durante os próprios atendimentos. Saíam de suas salas, solicitavam a ajuda de um colega para determinado caso e conversavam brevemente a respeito. Quando havia necessidade, realizavam um exame em conjunto. Durante a observação, ações como essas foram notadas. Havia também trocas com outros profissionais não-médicos que compunham a equipe do médico. Eram poucas, mas aconteciam, especialmente com enfermeiros.

Relataram ainda que fazia parte de suas rotinas uma reunião mensal entre médicos para discussão de casos e partilha de dificuldades. Queixavam-se pelo fato de este recurso ter sido abolido por quem tinha assumido à época da pesquisa, a direção da Unidade. Outros conflitos com a nova direção foram observados. Existiram momentos de crítica desferida contra a direção. Ocorreram mudanças percebidas como arbitrárias na agenda dos médicos, remanejamento de usuários da área descoberta pela médica que aposentou para as demais áreas, entre outras questões. Durante a Cena 19, a enfermeira da equipe da médica Daniela a procurou para reclamar sobre a determinação da diretora que direcionava as gestantes da equipe descoberta para a sua. Diante da reclamação, a médica apoiou a enfermeira e reafirmou a impossibilidade de assumir os casos. Completou solicitando à enfermeira que comunicasse a observação à diretora.

Esse evento revelou que a via de comunicação entre direção e médicos não se realizava de maneira tão efetiva e clara. Ela era mediada, muitas vezes, por outros profissionais não-médicos. Havia certa discordância dos médicos em relação à gestão, mas não existiam embates diretos, observáveis. Isso poderia

fazer com que muitos agissem de acordo com o que acreditavam e a oposição, assim, acentuava-se no cotidiano. Em consequência a esses eventos, os usuários eram prejudicados e a relação entre estes e os médicos também sofria grande impacto. Os aspectos organizacionais, como já mencionado, exerciam uma influência substancial no médico e conseqüentemente na interação entre ele e a pessoa atendida, ideia que encontra respaldo em Caprara e Rodrigues (2004).

Uma Cena acompanhada que pode exemplificar o pouco envolvimento dos médicos com o trabalho no campo, referiu-se ao momento em que diretora se dirigiu à sala da médica Amanda para solicitar um laudo respectivo a um usuário da área descoberta. Cena 20: Ela foi na companhia de uma agente comunitária da área, parecia exercer a autoridade para o caso ser resolvido. No entanto, diante de Amanda, a diretora teve uma postura com características de submissão. Ela pediu, encarecidamente, para a médica elaborar o laudo e falou sobre sua dificuldade em encontrar alguém para assumir os usuários do território descoberto. Amanda se esquivou do pedido velado quando disse que a situação era “complicada”. Não havia disponibilidade de sua parte para conversar ou tentar construir, em conjunto, alguma solução para a circunstância. Evidenciam-se por meio das situações relatadas, os seguintes Temas:

- Tema 18: os médicos manifestavam descontentamento em relação à gestão da USF;
- Tema 19: os médicos não percebiam incentivo, por parte da direção, a práticas de cogestão.

2.6.6. A ação em grupo com usuários hipertensos e diabéticos

Algo a ser relatado é que os médicos, embora manifestassem ideias afinadas à Clínica ampliada quando realizavam ações no ambiente dos usuários atendidos e se posicionassem contrários a práticas apenas curativas, inadvertidamente reproduziam o modelo tradicional de fazer saúde. Parecia que o fato de realizar ações comunitárias por si só representava a prática da Clínica ampliada, não importando a forma que esta prática assumisse. Ao acompanhar Amanda na realização de um grupo de educação em saúde formado por usuários com hipertensão e diabetes, em ambiente externo à Unidade, foi possível verificar

essa dissonância. Durante essa Situação foram observados seis atendimentos individuais da médica Amanda.

O grupo foi iniciado com a solicitação da médica para que cada profissional não-médico se apresentasse. Todos se apresentaram e seguiram com as atividades. Houve a exposição da quantidade de açúcar presente em alguns alimentos, normalmente consumidos por grande parte da população, como: biscoitos salgados, biscoitos de maisena, refrigerante, molho de tomate, pipoca de microondas, suco de frutas de caixa, pipoca doce industrializada. A quantidade diária recomendada de ingestão de açúcar e de sal estava exposta em uma mesa posicionada na frente dos participantes. As cadeiras foram organizadas em semicírculo. Nesse primeiro momento, a estagiária de medicina que normalmente acompanhava a médica mostrou as placas com as quantidades de açúcar e de sal presentes em cada alimento e as comparou com as quantidades recomendadas para ingestão diária. Convidou o grupo a se manifestar, perguntando quem consumia os produtos apresentados. As pessoas levantavam as mãos e participavam de forma descontraída.

A médica, posicionada atrás do semicírculo, próxima ao participante que mais se manifestou durante a exposição, iniciou sua fala. A fala era totalmente direcionada aos apontamentos realizados por esse membro do grupo. Tanto é que ela manteve sua mão no ombro do participante e desenvolveu a argumentação olhando para ele e para sua estagiária apenas. Chegava a fazer algumas perguntas, mas focava-se em dar orientações. As informações eram inúmeras. Seu tom era pedagógico e assemelhava-se a um sermão. Nesse sentido verificamos a atuação da “função apostólica”, no recurso utilizado para converter os usuários às próprias normas do médico, por considerá-los em princípio como ignorantes (Balint, 1984).

Chegou a verbalizar em dado momento que, pelo fato de os participantes não saberem a resposta, iriam ficar reprovados. Falou ininterruptamente por meia hora. Era nítido, nas expressões dos usuários, o desinteresse pelo conteúdo versado. Alguns participantes se dispersavam, outros mexiam no celular e todos mantinham-se quietos, sem encontrar espaço para realizarem perguntas e expressarem suas dificuldades.

Uma jovem que participava do grupo fazia comentários em voz baixa e inaudível a quem estivesse a poucos metros de distância, sua expressão era claramente de discordância com o que era falado. A pesquisadora observava seu comportamento e resolveu perguntar a ela se não concordava com o explicitado pela médica. Ela respondeu: “Isso aí é fora da nossa realidade. Esses produtos são muito caros”. Referia-se ao fato de a médica sugerir que introduzissem na dieta chia e quinoa, que são produtos possivelmente caros e de acesso difícil aos participantes. Logo depois, uma participante se levantou e foi aferir pressão. O grupo se desfez aos poucos. Inclusive os profissionais não-médicos não se sentiam à vontade para participar, travando conversas paralelas, que muitas vezes até atrapalhavam a condução do grupo.

A médica comportava-se como palestrante e não como facilitadora. Não buscava compreender as dificuldades das pessoas em assumir um comportamento “mais saudável”. Depois de um tempo, ela resolveu concluir a fala e seguiu para os atendimentos individuais. A pesquisadora esperava encontrar, nos atendimentos individuais, a exploração pela médica de questões sociais, emocionais que pudessem estar envolvidas com a hipertensão ou a diabetes. Isso porque quando a médica defendeu a importância da realização desse grupo foi com essa justificativa.

Relatou que conseguia, nesse espaço, saber das reais dificuldades dos usuários, o que era difícil nos consultórios. A pesquisadora surpreendeu-se ao constatar que Amanda reproduzia, nos atendimentos individuais, uma conduta relativa à clínica tradicional. Mostrou uma conduta autoritária em que cobranças eram feitas aos usuários e sermões eram dados. Agiu de forma impositiva com eles, possivelmente acreditando obter por essa via adesão as suas orientações, seguindo a lógica da “função apostólica” (Balint, 1984). Restringiu-se a prescrever aos usuários medicamentos de controle das taxas de glicose e da pressão, além de repreendê-los. Em um dos atendimentos que ocorreu muito brevemente, um senhor chegou a dizer a ela que conhecia outro médico que também era bravo. Ela se surpreendeu com o comentário e perguntou se ela era brava, mas logo se antecipou a dar a resposta de que não era.

Os atendimentos individuais acompanhados foram divididos entre a médica e um enfermeiro. Os atendimentos foram bastante breves, fato que inviabilizou a identificação, pela pesquisadora, do perfil do usuário atendido, se dizia respeito ao usuário em geral ou ao usuário SVD, e do quanto a conduta da médica se pautava por aspectos específicos do usuário. O momento descrito de atendimento em ambiente externo à Unidade, revelou os seguintes núcleos temáticos:

- Tema 20: os médicos mantinham uma conduta restrita ao modelo de palestra, calcada na transmissão do saber daquele que o detém aos que são destituídos dele;
- Tema 21: os médicos reproduziam um modelo clínico hegemônico por não abrirem um espaço de escuta e de manejo das dificuldades enfrentadas pelos usuários.

2.6.7. A demanda geral da Unidade pelo olhar dos médicos

O modo como os usuários eram representados pelos profissionais não-médicos (lembrando que nos referimos a todos que não possuem formação médica) da Unidade poderia ser preditor das práticas sociais voltadas a eles, como vimos em momentos anteriores. Neste momento, alguns exemplos favorecem afirmar que havia representações partilhadas por profissionais não-médicos e médicos em relação aos usuários em geral. No ambiente geral da Unidade, houve indícios de que, em relação ao grupo menos favorecido (os usuários) os profissionais não-médicos oscilavam entre duas posturas: ora se identificavam com eles ora buscavam uma diferenciação aproximando-se dos médicos. Nos consultórios, o que observamos foi a presença da troca entre os grupos de profissionais não-médicos e médicos com elementos comuns partilhados em relação ao objeto de representação: usuários.

Ao acompanhar uma consulta de Clemir, dirigida a um usuário que apresentava uma úlcera no tornozelo, foi possível conferir tal partilha. A Cena 21 iniciou quando o médico solicitou a presença do enfermeiro em seu consultório com o objetivo de ajudá-lo a avaliar uma úlcera grave na perna do usuário. O enfermeiro entrou, foi apresentado à pesquisadora e ao usuário. Clemir sustentou a posição de superioridade do enfermeiro em relação ao usuário, que

provavelmente também era conferida a ele (o médico) em seu cotidiano. Apresentou-o da seguinte forma: “Ele é especialista em ferida e vai te falar o que fazer”. Nessa alternância de ocupação do lugar de todo saber, enfermeiro e médico tornaram-se cúmplices. Depois de examinar a úlcera e orientar pausadamente o usuário, o enfermeiro valeu-se de um diminutivo na seguinte frase: “fazer o curativo direitinho”.

Na sequência, dirigiu-se ao médico e diante do usuário disse: “Se passar muitas informações, ele acaba não absorvendo”. O médico sorriu e, com satisfação, mais uma vez apoiou o enfermeiro e disse: “Acabei de falar isso sobre uma jovem... Parece até que combinamos [risos]”. Houve claramente uma elevação de sua figura em detrimento àquela do usuário que estava diante dele. O enfermeiro subestimou a capacidade do usuário de compreensão e com isso reafirmou o lugar dele, com o aval do médico, de todo saber. Médico e enfermeiro comentavam sobre a situação do usuário enquanto ele permanecia calado aguardando o diagnóstico e as orientações. Mais uma vez o usuário silenciou e foi incentivado a se alienar de um problema que lhe dizia respeito. A desqualificação do usuário, percebido como incapaz de aprender, foi evidente. Além disso, ressalta-se que, na sua presença, ele foi tratado como objeto de que se fala, ao invés de sujeito com quem se dialoga.

Esse exemplo remete a Moffatt (1986), quando descreve a relação entre médico e paciente. De acordo com o autor, a relação que o próprio médico condiciona é aquela de “patrão” com o seu subordinado. O silêncio do paciente deflagra sua submissão diante de uma figura de autoridade. Era um “silêncio por coibido”. Essa indução ao mutismo do paciente e a intimidação que sofre faz emergir da situação uma pessoa desprovida de compreensão. Diante da Cena apresentada, podemos inferir que o usuário era definido pela imagem: ignorante, no sentido daquele que é destituído de conhecimento.

Em outro momento, a médica Elvira manifestou suas ideias acerca da população atendida pela equipe de sua área. Parecia concebê-la como constituída por pessoas dignas de pena. Chegou a se referir aos habitantes do território como “tadinhos”. Essa imagem que emergiu no discurso ofereceu à médica uma objetivação dos usuários em geral. Ao mesmo tempo, aprisionou-os

em uma imagem de vítima. Designava a eles uma marca que dificultava o desenvolvimento de autonomia e os mantinha no lugar da exclusão. Nesse processo, os usuários em geral eram objetivados e também objetificados, isto é, colocados no lugar de objetos e não de sujeitos. Nesses contextos evidenciou-se um novo Tema, destacado a seguir, e o Tema já destacado como a presença de relações que desfavoreciam o empoderamento (Tema 3, vide Apêndice D):

- Tema 22: na percepção dos profissionais médicos, os usuários em geral eram definidos pelas imagens de “tadinhos” e “ignorantes”.

Em algumas conversas informais surgidas nos intervalos de atendimentos ou mesmo no encerramento deles, os profissionais médicos destacavam alguns aspectos do território como a violência e o controle exercido pelos traficantes sobre a população. Além disso, referiam-se à população como portadora de hábitos e comportamentos diferentes dos convencionais. Em tom jocoso, Elvira comentou sobre os nomes dados a alguns de seus usuários: “A gente tem uma população diferenciada até no nome. Tadinho deles”. Embora fizesse comentários como esses, na maioria das vezes criticava o fato de muitos médicos até de outras instituições “destratarem” os usuários pelo fato de serem pobres. Elvira, em face disso, relatou que os usuários acabavam por exigir pouco, porque diziam não pagar pelo atendimento e conseqüentemente, concluíam que não poderiam esperar muito. Completou dizendo que “na verdade, não é de graça. Eles pagam impostos. Tudo bem que a gente paga muito mais que eles, mas todos têm direito”.

Instaurou-se uma ambigüidade. Ao mesmo tempo em que Elvira reforçou uma ideia da classe social mais abastada da qual faz parte, estabelecendo uma diferença entre esta e a de pertença dos usuários, pareceu solidarizar-se com eles. Reafirmou e despotencializou simultaneamente, o exercício de cidadania de classes populares. O serviço de saúde gratuito assumiu quase a forma de caridade. Em contrapartida, esboçou uma defesa dos direitos de cidadãos, daqueles que recorriam aos serviços de saúde pública, pois também pagavam impostos. As ideias que a aproximaram dos usuários poderiam ser aquelas com potencial para práticas mais empáticas, promotoras de autonomia.

Outros comentários foram feitos sobre a realidade da população adscrita. Especialmente em relação às adolescentes que engravidavam, havia atitudes negativas por parte de alguns médicos. Durante um atendimento com uma adolescente de 16 anos que levava a sua filha à consulta, Elvira a todo o momento olhava para a pesquisadora e por meio de expressões faciais, parecia manifestar seu estranhamento e sua desaprovação quanto à situação. A primeira pergunta que fez à adolescente foi: “Ela é sua irmã?”, referindo-se à filha da adolescente. Parecia que esse aspecto não fazia parte da realidade de seus atendimentos ou, se fazia parte, ela acabava por avaliá-lo de modo etnocêntrico, recriminando modos de vida diferentes daqueles de sua realidade social. Nesse caso, não foi empática, desconsiderou as vivências de sua usuária e atuou de maneira moralizante. Podemos relacionar esses momentos aos Temas mencionados anteriormente como os julgamentos de valor sobre os usuários (Tema 4) e a percepção dos usuários como categoria distinta (Tema 11), ambos constam, na íntegra, no Apêndice D.

Houve outro caso que não foi possível acompanhar em sua totalidade. Elvira se ausentou de sua sala enquanto a pesquisadora lá permaneceu, pediu que a aguardasse enquanto iria acompanhar um atendimento por solicitação de Daniela. Quando ela retornou comentou que se tratava de uma usuária com nanismo, que chamou de “anã”. Esta havia se consultado com ela que preferiu encaminhá-la à Daniela. Por essa razão, como que por “vingança”, a outra médica havia prometido que a chamaria para participar da consulta do preventivo. Assim o fez.

A usuária passou a servir de chacota para as duas médicas e para a enfermeira. Foi bastante desagradável acompanhar o comentário. A médica não via a usuária como sujeito, mas como objeto de curiosidade e chacota. O que mais incomodou foi o fato de a médica dizer que a usuária temia por fazer o exame, não queria se expor de tal maneira. Mesmo com o receio da usuária, as médicas a expuseram ainda mais, quando se reuniram em maior número para realizar o exame.

Existiam mais pessoas na sala que o normal o que poderia ter gerado constrangimento à usuária. Condutas como essa se afinam com as ideias acima

elencadas a respeito dos usuários em geral. Porque eram pobres e gozavam de pouca autonomia, eram coitados e objetos que podiam ser manipulados da maneira como conviesse. Eram destituídos de voz, seus sentimentos e comportamentos eram diferentes, estranhos e, por essa razão, a atenção destinada a eles os incluía no campo da diferença. Nesse contexto podemos convocar o Tema que versa sobre a percepção dos usuários como categoria distinta (Tema 11, vide Apêndice D).

Há que se ressaltar que existiam também condutas diferenciadas por parte dos médicos. Tais condutas foram traduzidas por: receber os usuários de maneira mais calorosa, tratá-los com respeito, escutar suas queixas e procurar explorar os aspectos emocionais possivelmente subjacentes a elas. Os atendimentos eram conduzidos com calma, serenidade. Havia proximidade maior com os usuários e uma clara relação de empatia. Tais condutas relacionavam-se mais a um modelo clínico voltado para o sujeito que para procedimentos. Essas características foram observadas em maior ou menor grau nas condutas de Bruna e Daniela. Outros em suas condutas diárias oscilavam substancialmente quanto à sua implementação.

2.7. A relação entre médicos e usuários em geral nos consultórios

Iniciamos as transcrições de alguns atendimentos aos usuários em geral, acompanhados pela pesquisadora. Foram selecionados cinco deles, dentre os 105 acompanhados, um de cada médico, de maneira aleatória, de modo a viabilizar a exposição da análise. Lembramos que o intuito foi o de apresentar o padrão seguido na atuação clínica com os usuários em geral com alguns exemplos que pudessem servir para a comparação ao padrão seguido nos atendimentos aos usuários SVD, foco deste trabalho. Cada um deles será dividido em, no máximo, quatro momentos:

- 1º. A entrada no consultório;
- 2º. O início da anamnese médica;
- 3º. O momento do exame físico;
- 4º. Os momentos da prescrição e da finalização da consulta.

Algumas variações foram verificadas e serão destacadas ao longo da análise. Nesse primeiro tópico, iremos apresentar a maneira como os usuários em geral foram recebidos nos consultórios até o momento em que enunciaram a queixa. Os usuários serão representados pelas letras Us., os médicos por seus nomes fictícios e a pesquisadora por seu nome real.

2.7.1. A entrada no consultório

Esse momento compreendeu comportamentos do profissional médico em relação ao usuário desde a visualização do nome dele no prontuário virtual, sua chamada para atendimento, a forma de recebê-lo no consultório, até a indagação sobre a queixa.

Na primeira Situação de atendimento, participaram uma usuária jovem proveniente de demanda espontânea e a médica Amanda. Ela anunciou o nome da usuária se mantendo sentada em sua cadeira.

Us.: Bom dia Dra. Amanda.

Amanda: Bom dia. Deixa eu abrir o seu prontuário. O que é que tá acontecendo?

Observou-se que a médica foi bastante direta nesse momento inicial, restringindo-se à exploração imediata da queixa. A usuária foi quem tomou a iniciativa do cumprimento ao entrar no consultório. A médica sorriu cordialmente quando correspondeu ao cumprimento. Nas demais etapas, acompanharemos mais elementos dessa interação.

A segunda Situação se referiu a uma usuária idosa que agendou a consulta. A médica Bruna não se levantou de sua cadeira, abriu a porta do consultório e chamou a usuária. Novamente foi a usuária quem iniciou a interação com o primeiro cumprimento. A médica sorriu por mais vezes nesse momento. Segue a transcrição:

Us.: Bom dia!

Bruna: Bom dia. Tudo bem?

Us.: Pensei que o negócio tava fechando e tava aberto ainda [referindo-se à porta]. [risos]

Bruna: Fica à vontade. E o povo, quando vai sair acha que eu tranquei, que ela agarra.

Us.: É porque agarra e a gente empurra e ela bate né.

Bruna: A senhora já lanchou hoje?

Us.: Eu tomei um cafezinho com leite.

Bruna: Uhum, tá ótimo. Dona O., Renata. Ela é mestranda em Psicologia e tá fazendo uma análise do posto. Ela tá acompanhando a gente pra gente melhorar tá.

Us: Tá. Já tá bem, vai melhorar mais ainda né.

Bruna: Quem bom. Me diga Dona O. o que houve com a senhora?

A médica desenvolveu um primeiro contato, um pouco mais acolhedor. Não iniciou a interação abruptamente com o objetivo claro de perseguir os sintomas que possivelmente a usuária iria lhe apresentar. Procurou desenvolver uma conversa informal breve e abriu, assim, a possibilidade de exploração da queixa de forma mais fluida. Ela também se preocupou em apresentar a pesquisadora e falar do propósito da presença desta no consultório. Com essa iniciativa, demonstrou respeito à usuária o que implicou considerá-la sujeito ativo na situação, ao invés da imagem recorrente de “paciente como objeto passivo”.

O médico Clemir foi um dos protagonistas da próxima Situação de interação, juntamente com a usuária de meia-idade que recorreu ao atendimento por meio de um encaixe. Lembramos que os encaixes ocorriam quando um usuário agendado se ausentava. Ele anunciou a próxima pessoa a ser atendida com tom de voz alto e firme, de sua cadeira. Assim, a interação se iniciou:

Clemir: Bom dia

Us.: Bom dia.

[Silêncio breve entre uma verbalização e outra]

Clemir: Ela também não é nossa cliente assídua. Ela tá com 17/10 de pressão. [emite as informações dirigindo-se à pesquisadora] Fala M., o que que tá acontecendo?

Observamos que esse médico também foi mais direto em sua abordagem à usuária. Do cumprimento inicial aos comentários subsequentes, manteve-se sério. Realizou um silêncio breve, enquanto consultava informações no prontuário. Consideramos o silêncio breve uma interrupção na fala com duração de até cinco segundos. Diante da usuária, voltou-se à pesquisadora e partilhou algumas informações sem que isso lhe fosse solicitado. Ele parecia, por força do hábito, estar na presença de estagiárias de medicina, cujo interesse se aproximava mais ao conteúdo transmitido. Não apresentou a pesquisadora à usuária.

A médica Daniela se relacionou, na Situação com uma usuária de meia-idade, já acompanhada por ela. Por meio de marcação prévia da consulta, foi propiciado o encontro. Os atendimentos dessa médica eram realizados sempre na presença de duas estagiárias que serão representadas pelas letras A. e B. Daniela levantou-se, anunciou o nome da usuária e a recebeu na porta do consultório com um sorriso.

Daniela: O., cadê você O.? Mas tá muito chique, gostei do brinco hein. Tudo bem?

Us.: Tudo bem. [risos]

Daniela: O. você lembra das meninas? [referindo-se às duas estagiárias que a acompanhavam nos atendimentos] A., B. e essa é a Renata que tá aqui também. Você tá muito chique hein. [verbaliza com alegria]

Us.: Tô nada. [um pouco acabrunhada, mas aparentando gostar do elogio]

Daniela: Brinco bonito, gostei.

A.: Dona O. tomou café hoje?

Us.: Tomei.

Daniela: Você chegou e mediu logo a pressão O.?

Us.: Sim.

Daniela: Logo? Não esperou, não descansou não?

Us.: Não, eu não sabia. Ela chegou lá e mediu.

A.: Fala Dona O., o que que tá acontecendo?

A interação guardou características distintas, se comparada aos atendimentos anteriores. A primeira delas foi o fato de a médica levantar-se de sua cadeira e receber a usuária na porta. Outro ponto a ser destacado foi a maneira utilizada pela médica para se referir à usuária. Ela optou por ser mais informal e chamar a usuária pelo nome, sem qualquer pronome de tratamento que o antecederesse. Iniciou a consulta com elogios à usuária, o que provavelmente contribuiu para o (re)estabelecimento de vínculo. Apresentou-se simpática e descontraída, aspectos pouco observados nos atendimentos anteriores.

Na última Situação, a médica Elvira recebeu uma usuária idosa que fazia parte da região atendida por ela. Havia marcado a consulta e pertencia ao programa para o controle de hipertensão. A médica anunciou em voz alta o nome da usuária ainda de dentro do consultório, posicionada em sua cadeira.

Elvira: Ei. Tudo bom minha querida? Dona V. esta é a Renata psicóloga.

Us.: Licença. [pede ao entrar no consultório]

Elvira: Pode sentar, minha querida. A senhora tá com a última receitinha da senhora aí?

Us: Esqueci.

Elvira: Esqueceu! Não tem problema não, a gente vai olhar agora. Tá em dia, tá faltando remédio, como é que tá?

A médica iniciou a interação com um cumprimento verbal acompanhado de um sorriso. Alternou o tratamento informal à usuária com o formal. O formal disse respeito ao uso dos termos “Senhora” e “Dona”. Quando se dirigiu à usuária, chamando-a de “minha querida” já recorreu a uma maneira mais informal de se relacionar durante a consulta. Desponta, nesse momento, a utilização de diminutivos chamados de afetivos, por não se relacionarem ao grau aplicado pela norma culta. Solicitou a “receitinha” à usuária. Pareceu propiciar, nesse período inicial do atendimento, um ambiente acolhedor.

Prosseguiremos a partir do próximo tópico com os relatos dos mesmos atendimentos. Eles avançam de acordo com os momentos observados nas

consultas. Com isso, poderemos caminhar aos poucos na tentativa de mapear os atendimentos aos usuários em geral.

2.7.2. O início da anamnese médica

No início da anamnese médica, vamos acompanhar o momento em que os médicos começam a indagar sobre a queixa do usuário. Poderemos apreender elementos sobre a forma de abordagem do problema, a abertura de espaço para a fala do usuário, bem como a atitude do médico frente ao usuário.

Continuamos o atendimento da médica Amanda. Ela partiu para a investigação da queixa da usuária. Vamos ver como essa relação vai se constituindo ao longo do atendimento.

Amanda: O que é que tá acontecendo?

Us.: Já tem uma semana já que eu tô com uma suspeita de infecção urinária. Sempre que eu vou fazer xixi é um sofrimento.

Amanda: Sofrimento o quê? Arde, dói...

Us.: Nossa! Dói, arde pra caramba! Queima...

Amanda: [médica interrompe a usuária e demonstra impaciência] Tá, e essa uma semana você veio com alguém?

Us.: Oi?

Amanda: Nessa uma semana você foi aonde?

Us.: Não fui em lugar nenhum dout...

Amanda: [interrompe a usuária mais uma vez] Então a suspeita é sua?

Us.: Minha mesmo...

Amanda: Ah...

Us.: Já deu quando eu tava grávida aí... [tenta explicar à médica a razão de sua suspeita]

Amanda: [interrupção da médica] E você não veio antes por quê? [diz em tom de cobrança]

Us.: Não, eu tava trabalhando direto.

Amanda: Aí vai ter que fazer medicação, o exame pra ver tá. Você tá tomando alguma medicação pra dor?

Us.: Não. [silêncio breve e a usuária aproveita para fazer uma solicitação, no entanto a realiza em voz baixa, como se temesse algo] Eu queria até ver se, que eu fui marcar com a Dra. Elvira [sua médica] que é da minha área só que... Eu queria ver se você consegue encaminhamento pra ginecologista. [gagueja um pouco confirmando sua insegurança em realizar a solicitação à médica]

Amanda: [logo a interpela] Encaminhamento é só com o médico da área. Na demanda, é só a queixa de urgência.

Us.: Porque eu tenho um cisto nos ovários, nos dois, eu tinha até que fazer acompanhamento, mas aí...

Amanda: [interrupção] Aí é só com o médico da área mesmo. [não procura saber a dificuldade da usuária em fazer o acompanhamento regular]

Us.: Aí antes de dar essa dor, já dói muito o pé da minha barriga, dependendo da posição dói e pra fazer xixi parece que tá... Aí dói mais num lado do que no outro. Aí eu queria ver se...

Amanda: [insiste implacavelmente na informação já fornecida] É só com o médico da área, na demanda a gente só faz a medicação de urgência para aquela queixa.

Us: Mas por que a dor? Do cisto?

Amanda: Tem que investigar.
[silêncio prolongado enquanto a médica digita informações no prontuário]

Amanda: Quantos copos de água você bebe por dia?

Us: Eu bebo muita água, um litro, dois litros por dia ou mais.

Amanda: Aí você vai fazer o exame e vai trazer hoje à tarde tá. Passa pela recepção, aí qualquer médico que tiver aqui vai tá vendo esse resultado de exame. [silêncio prolongado, médica continua a digitar informações no prontuário]

Amanda: Teve febre alguns desses dias?

Us.: Não.
[silêncio prolongado, médica redige prescrições e aguarda a impressão delas]

Nesse momento, surgem outros detalhes da interação que permitem a identificação da qualidade da relação estabelecida entre médica e usuária. A usuária chegou se queixando de ardência quando urinava, disse à médica que pensava ser infecção urinária. A médica, quando a interrompeu perguntando como ela sabia que era infecção, pareceu desqualificar o seu saber sobre o próprio corpo e a própria dor. Restringiu-se, nesse atendimento, a uma investigação rasa dos sintomas. A dinâmica assemelhou-se a um interrogatório. A médica interrompeu a usuária quatro vezes, o que pode estar associado a um problema no acolhimento, que pressupõe uma escuta empática. O tom de voz mantido foi impositivo. O olhar, por vezes, inquisidor. Perguntou mais detalhadamente a respeito dos sintomas e a usuária falou sobre a sua suspeita que associou a um sofrimento. A médica explorou o sofrimento comentado para entender do que se tratava. A usuária esclareceu a dor que sentia e a médica, demonstrando impaciência, interrompeu-a para direcionar o relato para o que considerava fundamental saber.

Perguntou à usuária se ela havia procurado algum outro médico no período e, quando recebeu uma negativa da mesma, desqualificou a sua suspeita: “Então a suspeita é sua? Ah...” A usuária percebeu a descrença da médica quanto ao seu saber e tentou argumentar, explanando sobre experiências anteriores parecidas que a levavam a tal conclusão. Em tom de cobrança, a médica enunciou: “E você não veio antes por quê?” Diante da justificativa da usuária sobre não ter tempo, com certa impaciência decretou: “Aí vai ter que fazer medicação, o exame pra ver tá”.

Ocorreram alguns momentos de silêncio durante a consulta, um breve e dois prolongados. Estabelecemos como prolongado o silêncio que excedia cinco segundos. Esses momentos eram geralmente aproveitados por usuários, quando se sentiam à vontade, para falar mais a respeito dos sintomas, realizar esclarecimentos e tirar dúvidas. Nesse caso, houve uma tentativa da usuária de romper o silêncio breve a partir de uma reivindicação. Ela visou aproveitar esse espaço entre a fala da médica e a dela para se expressar mais livremente. No entanto, não foi bem sucedida. A médica não acolheu o seu pedido e ainda como resposta proferiu frases curtas e taxativas. Não houve empatia por parte da

médica, tampouco uma abordagem mais sensível da situação. Com isso, a usuária não mais se manifestou nas outras oportunidades que surgiram.

O saber da usuária não pareceu ter qualquer relevância nesse atendimento. A médica manteve a postura daquela que acreditava que os únicos que podiam saber a verdade sobre os sintomas eram a tecnologia médica (exames, procedimentos) e o próprio médico. A crença da usuária sobre seus sintomas foi enfaticamente desconsiderada. Houve simplesmente a negação do conhecimento da usuária sobre sua condição.

Essa atitude da médica levou a usuária, durante o atendimento, a temer fazer qualquer outro comentário ou solicitação. Como apresentado, a usuária reivindicava um agendamento para especialista com a voz baixa e tartamudeando. Considerar o conhecimento da usuária como improcedente e conduzir o atendimento de maneira diretiva e, por vezes, rude, eram condutas que denotavam posições assimétricas de poder mantidas entre médico e usuário em geral. Com o avanço das transcrições já é possível identificar a relação com os Temas como a presença de relações que desfavoreciam o empoderamento (Tema 3) e a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos profissionais médicos (Tema 21) que podem ser consultados no Apêndice D, além do Tema seguinte:

- Tema 23: a entrevista clínica realizada pelos médicos assumia a forma de um interrogatório.

No segundo atendimento, acompanhamos agora o caso da usuária idosa atendida pela médica Bruna. Vimos que o início da interação ocorreu de maneira mais natural e descontraída. Nesse momento, veremos o desenrolar dos acontecimentos.

Bruna: Que bom. Me diga Dona O. o que houve com a senhora?

Us.: O meu remédio que eu tomo, bombinha e spray tá acabando já. Aí você passa pra mim?

Bruna: Fora isso tá tudo ok?

Us: Tá. [sem muita certeza] [silêncio prolongado] Aí doutora esses dias começou assim com uma coceira no meu corpo, (Bruna: hum.) mas não é

direto não. Dias que dá uma fisgadinha assim na minha mão, aí eu começo a coçar...

Bruna: [interrompe no sentido de ajudar a usuária a esclarecer o sintoma] Você vai procurar não tem nada...

Us.: É assim ó. Aí quando não é na mão...

Bruna: [interrompe] Aqui tá coçando agora?

Us.: Só tá a marcazinha, mas parou. Mas é de vez em quando.

Bruna: Geralmente na mão?

Us.: No corpo todo.

Bruna: No corpo ou mais braço?

Us.: É, nos braços, penso que não é na perna, penso que não é no pescoço, penso que não é...

Bruna: [interrompe] Dá como se fosse aquela mordidinha...

Us.: [interrompe] Aquela fisgadinha, é. Aí eu fico achando assim que é, alergia a alguma coisa.

Bruna: Sim, o jeito que coça parece alergia alimentar. Costuma a gente ver muito isso com pimenta do reino. A senhora já teve o hábito de usar pimenta do reino?

Us.: Lá em casa eu não uso não porque meu esposo não pode comer pimenta do reino.

Bruna: Uhum. Então nem entra pimenta do reino?

Us.: Eu que como assim um pouquinho de pimenta. Um caldinho assim, de vez em quando, mas não é todo o dia não. Às vezes assim, uma carne fresca né. Porque meu estômago tem hora que estufa, até quero pedir pra senhora passar um remedinho pra mim pra verme.

Bruna: Ah, pra verme.

Us.: E outra coisa, Dra., tem hora que eu tô bem e quando eu começo a falar, me dá assim aquele engasgo assim e prende a minha voz.

Bruna: Mas a senhora tá com catarro?

Us.: Tô não.

Bruna: Do nada a voz para?

Us.: É. Que nem eu comecei a conversar com você e já começou. E tem hora que tampa a minha voz e eu preciso tá rãnnnn.

Bruna: Quando a senhora faz isso melhora?

Us.: Fico assim direto eu fico até sem graça quando...

Bruna: [interrompe] Mas melhora quando a senhora faz?

Us.: Melhora. Tem hora que começo até tossir...

Bruna: [interrompe] Mas não sente nenhum catarrinho descendo e engolindo?

Us.: Não.

Bruna: De manhã não tosse mais que à noite, do que de dia?

Us.: Não. Sempre é no dia.
[o telefone da médica toca e ela desliga]

Bruna: Aquela bombinha que usa todo o dia a senhora tá usando todo o dia?

Us.: De manhã e à noite né.

Bruna: Isso, mas tá usando todo o dia?

Us.: Tô usando, tô.

Bruna: A outra só usa se precisar. Não tá usando todo o dia não né?

Us.: Só assim, quando me dá se eu for ficar meio cansada aí eu tomo duas bombadinha. Melhora assim.

Bruna: Sim, mas só quando tá ruim né?

Us.: É. [silêncio prolongado, médica verifica exames e faz anotações no prontuário]

Bruna: Vou pedir os exames todos pra senhora. A mamografia a senhora fez no ano passado?

Us.: Eu fiz.

Bruna: Quando que a senhora fez? Nós já vamos pedir porque tem já mais de seis meses que eu não vejo nada. Então, deve ter sido no início do ano passado. [silêncio prolongado] Aquele remédio preventivo ele tá em falta, mas deve chegar por agora que agora vai chegar o balanço da farmácia tá. Aí guarda direitinho a receita. [silêncio breve] Vista, quando foi a última vez que a senhora viu? Foi olhar a vista? Ano passado a senhora não foi não né?

Us.: Não.

Bruna: E usa óculos?

Us.: Eu uso óculos só na hora que eu vou estudar ou escolher um arroz, um feijão. Fazer uma comida, lavar a roupa, aí eu uso óculos.

Bruna: E a senhora tá conseguindo ver bem com o óculos que a senhora tá ou ele já tá meio diferente, meio ruim?

Us.: Consigo, consigo.

Bruna: Tá tranquilo?

Us.: Tá.

Bruna: Não tá fraco não né?

Us.: Tá não. [silêncio prolongado] Vê se tá marcando a data do exame?

Bruna: Não aqui só tem o telefone, mas no posto a gente faz viu Dona O.

Us.: Pelo SUS?

Bruna: É, até óculos a gente consegue pelo SUS, entendeu? Então a próxima vez que a senhora for fazer o teste, a senhora me lembra na consulta de te encaminhar, marca pra mesma semana.

Us.: E o óculos? Eles dá a gente ou a gente é que tem...

Bruna: Consegue. Esse aqui é de 2001. Foi o último que a senhora fez?

Us.: Eu não tô lembrada.

Bruna: Foi o Dr. [nome de um especialista do SUS] que atendeu a senhora?

Us.: Foi.

Bruna: Será que o último foi em 2001, há 12 anos atrás?

Us.: Ah não, não tem isso tudo não.

Bruna: É eu também acho que não. Vamos dar uma passada só pra conferir então que a gente já deixa visto. O óculos tá em boas condições ou precisa trocar?

Us.: Não. Tô enxergando bem. Porque o meu óculos é de perto e de longe.

Bruna: Multifocal né?

Us.: É. Tô com ele aqui ó. [mostra os óculos]

Bruna: Ele tá inteirinho, mas já pensou se conseguisse um novo né. Porque ele já tá começando a ficar enferrujadinho aqui né. Vai no oftalmologista aí a senhora já procura a assistente social aqui em cima, que ela já providencia, vê como é que faz pra encaminhar.

Us.: Hoje mesmo ou pode ser outra hora?

Bruna: Quando voltar com a receita. Se a senhora quiser passar na recepção e já deixar agendado pra daqui a uns dez dias a assistente social. Porque daí ela já te atende certinho com horário. Aí a senhora, semana que vai ao oftalmologista, já volta e você já mostra pra ela pra ela encaminhar a senhora.

Us.: Tá. Porque óculos agora tá caro e eu não tenho condições de fazer né.

Bruna: Tá muito caro, tá muito caro. [silêncio breve] Vou passar um remédio de verme pra senhora, mas vou passar pro pessoal da casa. Quantas pessoas são?

Nesse atendimento a usuária chegou com o intuito de refazer prescrições de medicamentos. Tratou-se de uma consulta de rotina. A médica Bruna oscilou entre permitir a fala mais livre da usuária e interrompê-la com a finalidade de direcionar sua fala a respeito dos sintomas. Procurou ser mais objetiva, mas também não deixou de acolher a fala da usuária. Não ignorou nenhuma questão e algumas interrupções voltaram-se ao auxílio da usuária na descrição dos sintomas. A partir desses comportamentos a médica permitiu que várias questões (diferentes da queixa inicial) aparecessem. Houve, nesse sentido, até um incentivo para que elas surgissem. Preocupou-se com a promoção e a prevenção

de saúde, uma vez que solicitou exames por considerar necessário e prescreveu medicações para o não agravamento da condição crônica da usuária.

Mostrou-se empática ao fato de a usuária não possuir recursos para trocar seus óculos. Desde o início da abordagem do possível problema de visão, observou-se que a médica tentava mostrar à usuária que havia possibilidade de obter os óculos gratuitamente pelo SUS. Ainda confirmou sua empatia quando, em resposta à verbalização da usuária de que fazer óculos era caro e ela não tinha recursos para isso, disse “Tá muito caro”. Os silêncios foram em sua maioria rompidos pela médica e em apenas um momento pela usuária. Houve também, a utilização de diminutivos afetivos como: “mordidinha”, “catarrinho”, “direitinho”, “inteirinho”, “enferrujadinho” e “certinho”. Coexistindo com essas verbalizações informais, manteve-se o tratamento formal à usuária com os termos “Senhora” e “Dona”. A usuária, por sua vez, também se dirigiu à médica de maneira mais formal, valendo-se do vocativo doutora.

Vamos dar prosseguimento à terceira consulta. Vimos que ela teve início com uma conduta mais diretiva do médico Clemir. A usuária de meia-idade apresentava hipertensão e foi requerer medicamentos para tratá-la.

Us.: Eu vim pegar o remédio que acabou, o remédio de pressão. Que me deu dor de cabeça.

Clemir: Sua pressão tá 17/10, já chegou nesse valor já alguma vez?

Us.: Já, até mais.

Clemir: É? E como é que é a dor de cabeça? Que lugar da cabeça dói mais?

Us.: Dói assim é, mais é do lado. Quando eu...

Clemir: [interrupção] Do lado direito?

Us.: Por exemplo, eu tô gripada aí tusso e dói do nada assim.

Clemir: Tá gripada?

Us.: Oi?

Clemir: Tá gripada também?

Us.: É tô gripada também. Nariz entupido. Eu tenho problema de asma também. Mas agora não tá atacando não, mas eu sinto falta de ar. Coceira na garganta lá por dentro né.

Clemir: Você toma quantos Inalapril?

Us.: Inalapril?

Clemir: Isso! [com ênfase e tom de voz impositivo]

Us.: Eu tomo... Eu tomo dois de um... Dois de um é... Um de um e dois de um. Eu trouxe até a receita aqui. [demonstra confusão e certo temor em errar]

Clemir: Rapaz, se você me der a receita facilita viu.

Us.: Dois de cada um eu tomo. Dois tipos de remédio. Dois não é...

Clemir: [interrompe] Me dá a receita aqui. [com impaciência] [silêncio prolongado enquanto digita informações no computador]

Clemir: Tá atacada a asma hoje?

Us.: Não. Mais é gripe, nariz entupido, coceira na garganta. Isso eu tenho direto, não sei se é um tipo de alergia que eu tenho. [silêncio prolongado enquanto médico digita informações no prontuário]

Us.: Pra alergia eu tava tomando o... Aquele é... Esqueci até o nome. [médico continua em silêncio] Noratina.

Clemir: O nariz tá entupido também?

Us.: De noite entope mais.

Clemir: Nariz escorrendo, entupido. Deu febre?

Us.: Não, dor de cabeça e um pouco de falta de ar. [silêncio prolongado enquanto digita informações]

Clemir: Dispnéia, mas não tá com febre?

Us.: Não.

Nesse atendimento, a entrevista assumiu a forma de um interrogatório, com elaboração de questões pontuais e breves. A usuária se restringiu a dar as informações solicitadas pelo médico. Não se manifestou de maneira independente

na comunicação, parecia que sua fala precisava ser autorizada naquele espaço que pertencia ao médico. O médico interrompeu a fala da usuária algumas vezes para direcioná-la. Selecionou algumas informações enquanto ignorou outras que claramente não interessavam a ele. Isso ocorreu no momento em que a usuária tentava recordar o nome de uma medicação e o médico, além de não facilitar a recordação ainda migrou abruptamente para outro tópico. A conduta do médico seguiu uma dinâmica similar a de alguém que reproduzia um script.

Parecia ter memorizado um roteiro e a partir dele, sem considerar o interlocutor, desempenhava seu papel. Ao indagar a usuária quanto aos sintomas de gripe, ela respondeu, mas não foi escutada. Prova disso é que o médico tornou a questioná-la acerca de um sintoma que havia relatado anteriormente: o nariz entupido. O tom de voz do médico se manteve alto e impositivo. Demonstrou impaciência em alguns momentos quando a usuária não seguia seu ritmo de questionamento. Queria apressar o diagnóstico, apresentava-se agitado e impulsivo. A usuária foi tratada por “você” e até “rapaz”, expressões bastante informais. Nesse atendimento, a informalidade foi um elemento complementar de uma conduta autoritária, mas pode assumir outro papel quando aplicada visando à facilitação da interação e do vínculo. Tal descrição favoreceu a revisitação dos Temas como a presença de relações que desfavoreciam o empoderamento (Tema 3); a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos profissionais médicos (Tema 21); e a entrevista clínica como interrogatório (Tema 23), encontrados no Apêndice D.

O próximo relato diz respeito à continuação do atendimento da médica Daniela à usuária de meia-idade que a procurou com o objetivo de apresentar resultados de exames realizados. A interação iniciou de uma maneira descontraída e informal.

A.: Fala Dona O., o que que tá acontecendo?

Us.: Meu exame ela falou que passou pra médica.

Daniela: Tá aqui o resultado de exame. É o de agora né que você fez, de abril?

Us.: Foi. [silêncio prolongado enquanto médica verifica exames]

Daniela: É, o açúcar tá assim no limite máximo.

Us.: O açúcar? Eu tô tomando adoçante direto.

Daniela: Você tá tomando adoçante?

Us.: No suco, no café.

Daniela: Muito bem, mas além disso tá fazendo outra coisa? Por exemplo...
[abre espaço para estagiária falar]

A.: Bolo você come? Tá comendo muito pão de manhã?

Us.: Não, não gosto de pão.

Daniela: Muita massa?

Us.: Às vezes eu como assim, sabe aquele biscoito de sal?

Daniela: Assim como?

Us.: Não, uma vez ou outra.

Daniela: E quando você não come biscoito, você come o quê?

Us.: A senhora não falou que eu podia comer um biscoito e um pãozinho?

Daniela: Falei.

Us.: Então.

Daniela: É melhor você comer um pão francês mesmo, porque biscoito é perigoso. A gente abre o pacote e não come quatro, você come metade do pacote. Não é? Não é verdade? A gente vai comendo assim tão pequenininho assim, vai comendo muita gordura.

Us.: No biscoito de sal?

Daniela: Muita gordura e muito açúcar também, porque pra dar aquela consistência crocante eles colocam muita gordura. Melhor um pãozinho de sal mesmo.

A.: Toma refrigerante?

Us.: Tomo do outro, diet.

A.: Toma diet.

Daniela: Ih! É horrível também.

Us.: É?

Daniela: Tem muito sal, meu amor.

A.: Tenta tomar suco, tenta não comprar refrigerante, porque às vezes você compra, tem em casa e você toma.

Us.: Tomo uma vez ou outra, não é sempre não. Tomo é mais suco mesmo com adoçante.

Daniela: Uma vez ou outra tudo bem né. Aí você vai numa festa e fala: - Não, não vou tomar não eu quero um suco. Não vai pedir. O negócio da festa também é não levar pra casa, por exemplo: Ah, leva um pedacinho de bolo pra comer amanhã. Não faça isso. Porque todo mundo fala que o bolo no dia seguinte é melhor quando a gente tá com fome.

Us.: Eu nem faço mais.

Daniela: Bolo de festa é assim, no dia que você tá cheio de coisa não vai comer, mas no dia seguinte você come tudo.

Us.: Então eu não faço.

Daniela: Isso mesmo, não faça. Tá altinho mesmo o colesterol, triglicerídeo. Triglicerídeo é um tipo de gordura também. É... [silêncio prolongado enquanto verifica o exame] Sua menstruação tá vindo?

Us.: Tá.

[silêncio prolongado enquanto médica verifica exames e orienta estagiárias para falar com usuária]

B.: Deu no exame que a gordura que deu no sangue tá alta, no exame. Que é o triglicerídeo e o colesterol. Como é que tá a alimentação da senhora?

Us.: Eu não sei como é que tá alta assim. Eu não como negócio de gordura. É lá uma vez ou outra que eu como uma carne assim, cozida na casa da minha filha. Parei de fazer em casa. Eu como só galinha, às vezes como cozida, às vezes como frita.

A.: A senhora tira a pele da galinha?

Us.: Tiro e por que a taxa tá alta?

Daniela: Porque às vezes tá faltando alguma coisa: uma atividade física, uma caminhada.

Us.: Eu ando todo o dia pro meu serviço. Vou daqui até lá a pé e volto.

Daniela: Aí a caminhada tá boa. Queijo com manteiga?

Us.: Eu como margarina às vezes, às vezes não.

A.: Às vezes tem alguma coisa que a gente acha que não tem gordura, aí tem. Aí quando a senhora for escolher margarina, tem margarina que é cremosa, tem margarina que é mais light, aquela mais branquinha. A senhora tem que preferir essa margarina mais clarinha, passar pouquinho no pão de um lado só. É, quando for comer pão, às vezes se a senhora puder tirar o miolinho do pão pra comer menos massa.

Daniela: É pouquinho, mas de pouquinho em pouquinho a gente vai construindo uma alimentação melhor.

A.: Leite a senhora toma?

Us.: Não. Não gosto de leite não.

Daniela: Passa na padaria e compra às vezes um salgado assim?

Us.: Não.

B.: Salgado frito, fritura, no dia a dia não pode né. Por causa do colesterol.

Daniela: Vou passar um remedinho pra já ajudar também. Pra ajudar né. Todo mundo ajuda um pouquinho. Você ajuda um pouco, o remédio te ajuda do outro lado e por aí a gente vai. E nada de doce mesmo.

Us.: Também ficar sem a bebida do final de semana.

Daniela: Cervejinha né? Um tipo de gordura aumenta com a cerveja. E o tira-gosto da cerveja, o que que você come?

Us.: Bebendo eu não como não.

Daniela: É? A senhora bebe todo o final de semana?

Us.: Só final de semana.

Daniela: À noite, você come o quê?

Us.: Arroz, feijão, uma salada, carne cozida, carne ensopada.

B.: Agora faz só cozida então, não frita não. Fritura é muito ruim.

Us.: Nenhuma né.

Daniela: Às vezes a gente olha e fala: - Nossa essa fritura tá ótima pra comer, por que ela tá sequinha. Não existe fritura seca.

Us.: Ovo, também, frito de vez em quando eu faço.

Daniela: Ovo frito não! A clara pode, a gema ela tem gordura tanto cozida quanto frita. Nossa! É um festival de colesterol naquela gema que você não tem ideia. Nossa uma geminha. Aí você fala: Numa geminha tem isso tudo? Tem, muito, muito, muito.

Us.: Pois é, também gosto de comer ovo frito.

Daniela: Tá vendo é alguma coisa que a gente come que às vezes acontece. Cozinha e come a clara. Depois de uma idade, depois de 15 anos assim igual a nós, a gente não pode comer algumas coisas que já comia antes. Pode falar: - Ah, mas eu sempre comi e nunca fez mal. Mas o nosso organismo muda. Ele vai trabalhando mais devagar, por mais que a gente tente, por mais que a gente pratique atividade física, ele caminha... anda mais devagar. Nós temos que ir de acordo com o que ele pede. Entendeu? Mas você faz né O.?

Us.: Eu vou tentar parar...

Daniela: [interrompe] Não, não é parar. É mudar o jeito de comer.

Us.: Às vezes eu chego cansada do serviço, não tem alguma coisa pra comer eu frito o ovo e como.

Daniela: Cozinha. É o mesmo tempo!

Us.: Eu chego cansada não quero nem saber de cozinhar.

Daniela: Você não bota ele no fogão pra fritar do mesmo jeito? É mais fácil. Bota ele pra cozinhar, vai fazer alguma coisa e pronto. É costume da gente. Feliz, deixa ele lá e vai. Aí quando voltar nem vai espirrar e sujar. Fazer bagunça no fogão, aí come.

Us.: Vou tentar fazer isso então.

A consulta seguiu de forma descontraída, no entanto houve um caráter normativo intensificado. A todo o momento foi dito à usuária o que ela podia ou não comer. A maior parte de seus hábitos foi rejeitada. Vimos pouco a manifestação da usuária. Quando ocorreu foi no sentido de concordar com as

orientações transmitidas. Foram de fato orientações transmitidas, ou seja, passadas de forma unidirecional a alguém julgada possivelmente como destituída do saber “válido”, o saber técnico-científico. A conduta da médica restringiu-se a orientações nutricionais.

Manteve muitas vezes um tom impositivo, quando dava ênfase a alguns mandos: “Não faça isso”; “Ovo frito não”. Cultivou-se o tom maternal e pedagógico durante o atendimento, seguido inclusive pelas estagiárias. A usuária parecia preocupada, diante da profusão de mandos. Do lugar de observadora, a pesquisadora pôde verificar que a usuária sentiu-se pouco à vontade. Ela mexia na alça de sua bolsa como sinal de desconforto.

Foram utilizados alguns diminutivos como: “pãozinho”, “pedacinho”, “pouquinho”, “altinho”, “remedinho” e “geminha”. Nesta interação entre médica e usuária, esse traço revela uma tendência a estabelecer na relação uma diferença, em que aquele para quem os diminutivos são dirigidos é colocado na posição de infante enquanto aquele que os emite assume um lugar simbólico de autoridade. Ao mesmo tempo, ao persistir o tratamento formal na interação esses lugares de infante e de autoridade são reafirmados e delimitada uma distância entre as duas pessoas envolvidas na dinâmica relacional. A médica sustentou um tratamento mais informal em relação à usuária, foi o que predominou. Ela foi tratada por “você”, “meu amor”, pelo próprio nome e por “Senhora”. Essa consulta conduziu à emergência dos núcleos de significado representados pelos Temas como a dominância do “modelo de palestra” (Tema 20) e os seguintes:

- Tema 24: os médicos exibiam comportamentos que infantilizavam o usuário;
- Tema 25: os médicos nutriam durante os atendimentos tons maternal e pedagógico.

Seguimos rumo à transcrição do último atendimento. Tratou-se de uma consulta que envolveu a médica Elvira e uma usuária idosa, cujo propósito foi o de mostrar os resultados de seus exames.

Us.: Dra. Eu tô sem Paracetamol em casa.

Elvira: Sem Paracetamol.

Us.: É não tenho nem...

Elvira: [interrompe] Nenhum remedinho de dor. E o de pressão?

Us.: O de pressão tenho, tá em dia e o de colesterol.

Elvira: Também tá em dia. A receitinha foi feita inclusive, não tem muito tempo né?

Us.: É, não tem muito tempo não doutora só que eu não trouxe.

Elvira: A receitinha deixa eu ver quando é que foi feita. [silêncio breve] A senhora teve passando mal né.

Us.: É tive.

Elvira: Tava dengosa né?

Us.: Dengue. [risos]

Elvira: Aí eu falei pra ela repousar. Essa mulher é danada! Eu pedi pra ela repousar aí ela arrumou casa, fez comida, pulou amarelinha, deu cambalhota, não é? Hein?

Us.: [risos] Foi mesmo.

Elvira: Aí chegou ruinzinha aqui, ai, ai hein. Deixa eu ver aqui. A receitinha da senhora tá válida até...

Us.: Falta dois meses parece né.

Elvira: Pra seis meses.

Us.: Seis meses?

Elvira: É, seis meses. A senhora pegou agora no mês cinco, então essa receita é até setembro tá minha querida. Agora vamos ver os exames né. A senhora veio por conta dos exames que estão prontos né, não é isso?

Us.: É.

Elvira: Vamos ver aqui. Vamos ver as cobras, os lagartos, os jacarés, da Dona V. [silêncio prolongado enquanto imprime e verifica resultados] Olha só, o seu açúcar tá alterado Dona V. A senhora não é diabética?

Us.: Eu não. Então tenho que parar de tomar café doce.

Elvira: Dona V., tá no limite, a senhora tá quase se tornando diabética.

Us.: Pelo amor de Deus. Assim na minha família tem.

Elvira: É, né? Não pode não meu anjo tá. Eu fiz exame pra ver como é que tá o fígado, tá tudo certinho.

Us.: Ah tá certo.

Elvira: Agora, o colesterol ta alto 255. O colesterol ruim 182, ou seja, tá bem alto. Isso significa que a senhora anda comendo bobagem por aí, não?

Us.: Eu como uma linguiçinha frita... [agora em voz baixa]

Elvira: [interrompe] Ó aí, viu. O que mais que a senhora tá comendo Dona V.?

Us.: Eu falo a verdade. Ah doutora eu comi um cachorro-quente.

Elvira: Olha só! [risos] Dona V.!

Us.: Tem horas que eu faço e outras que meus filho compra. Eu falo: - Não, não quero não, mas quando eles chega...

Elvira: Fala: - Não, não quero não. Eu vou botar aqui um alerta. Comendo linguiça, adora um cachorro-quente. Vou botar. E quando a senhora chegar aqui aquele troço vai piscar. Tá!

Us.: Eu vou parar.

Elvira: Então, da próxima vez que a senhora parar eu tiro o alerta. Linguiça, que mais? Linguiça, cachorro-quente...que mais? Que mais Dona V.?

Us.: Eu só comi num aniversário...

Elvira: [interrompe com risos] Só num aniversário! É comeu de tudo no aniversário. Todos os docinhos. Comeu?

Us.: Comi. Eu comi mesmo doutora doce, ainda mais aquele bolo...

Elvira: [interrompe] Nossa, que delícia! Aquela coisa toda.

Us.: Só isso doutora.

Elvira: Só isso! Não tem mais nada não? Não tem nenhuma feijoadinha aí não?

Us.: Feijoadá não tem não, mas feijão tropeiro sim. [risos]

Elvira: [risos] Gente que dieta boa essa! A senhora gosta de um torresmo também, tá escrito assim: torresmo. É tão bom né.

Us.: É bom, mas...

Elvira: [interrompe] Eu tô vendo que a senhora acha bom.

Us.: É eu gosto. Até que eu maneei mais, porque no tempo do meu marido era uma tristeza. Meu marido comprava doce pra fazer em casa né, mas isso aí eu não faço não. Só um feijãozinho tropeiro.

Elvira: E o docinho tem muita festa? A vida social da senhora é intensa?

Us.: Vai ter aniversário da minha bisneta ag...

Elvira: [interrompe] A senhora tem quantos netos?

Us.: Eu tenho duas bisnetas, já vai pro terceiro já agora. Bisneto hein.

Elvira: E netos?

Us.: E netos são 13.

Elvira: 13 e se cada um fizer aniversário pelo menos, imagine em quantos aniversários essa mulher não vai! Isso fora os outros aniversários.

Us.: Não, aí eu paro. Pra mim até que não ia né, porque se eu for e eu ver...

Elvira: [interrompe] Não, pode ir. Não pode comer.

Us.: A gente não aguenta ver.

Elvira: A senhora vai ter que aguentar meu bem, vai ter que aguentar. A senhora não pode por causa da diabete.

Us.: Eu sei, agora eu vou parar mesmo.

Elvira: Agora eu vou parar mesmo. [risos] Olha como a gente descobre que não tá fazendo. É pelo exame. Olha, eu tenho certeza que a senhora não quer virar diabética. Porque a senhora já tá quase ficando diabética tá, por um triz. É sério mesmo.

Us.: Minha irmã tá lá coitada, tomando remédio lá na...

Elvira: [interrompe] E a senhora já tem um monte de remédio pra tomar, de colesterol, de triglicerídeo, não é verdade?

Us.: Vou parar sim.

Elvira: Tem que parar, sabe por quê? Porque senão é a senhora que vai se sentir mal. A senhora que vai ter que tomar remédio.

Us.: Não, agora é sério doutora parei. De hoje em diante.

Elvira: De hoje em diante. O que que a senhora almoçou hoje?

Us.: Pra falar a verdade eu não almocei ainda não doutora. Eu só comi só um pedacinho de queijo quando vim pra cá.

Elvira: É, e o almocinho já tá pronto em casa?

Us.: O almoço já tá pronto.

Elvira: E o que que a senhora fez pro almoço hoje?

Us.: Não, eu fiz só uma galinha.

Elvira: Uma galinhazinha? Então tá bom.

Us.: Até de massa eu tô parando um pouco né. Eu tô parando bastante mesmo. Assim, batata menos. Tem vezes que eu nem como batata. Macarrão é muito difícil eu comer macarrão. Os menino é doido por macarrão. Às vezes eu faço pra eles, mas não como entendeu? Mas eu tô comendo assim carne branca. Mais galinha porque eu ouvi falar que carne, comer umas três vezes só, não é isso?

Elvira: Não. Tem que tomar cuidado. Até água em excesso faz mal. Se a gente for parar pra pensar, tudo faz mal, até água. Agora, no caso da senhora que tem um histórico familiar, de diabetes né. A senhora já é hipertensa, já tá com problema de colesterol alterado, por isso tem que tomar remédio. Então, a senhora toma um remedinho de um lado pra baixar o colesterol e do outro vai na festinha e come o negócio que não pode. Come docinho, come feijãozinho tropeiro, torresminho gostoso, não pode. Não pode tá.

Us.: É tá certo.

Elvira: Porque a Sra. já tem uma tendência a ter diabetes, hipertensão, já é hipertensa, já tá com o colesterol alterado e pra isso toma remédio. Já toma remédio de pressão, ou seja, se continuar comendo besteira... A Sra. já está se tornando diabética. A gente vai repetir o exame. A Sra. tá no limite!

Us.: E o normal é quanto?

Elvira: Aqui, nesse em jejum, é até 99. Pra senhora vê como é que tá alto.

E isso é uma coisa de agora. Esse negócio do açúcar é uma coisa de agora, por quê? Eu fiz um examezinho aqui que era pra saber como é que esse açúcar andou nos últimos três meses e ele tava bem. Até pouco tempo atrás ele não tava alterado. Então é uma coisa recente. Não foi culpa do aniversário só não, culpa do que a senhora já vem acumulando aí.

Us.: É eu tomo café com açúcar também e...

Elvira: [interrompe] Esquece que existe açúcar. Esquece que existe refrigerante. Não precisa morrer de fome.

Us.: É refrigerante também.

Elvira: Refrigerante, torresmo, café. Tudo o que a senhora gosta.

Us.: Doutora, deixa eu falar pra Sra. Eu tirei chapa do joelho aquela vez, mas só que não foi pro ortopedista.

Elvira: Eu já vi isso aqui?

Us.: Não, viu não, eu não mostrei pra senhora. Era pra eu ter trazido outra vez, mas eu esqueci.

Elvira: Deu uma alteraçãozinha, a senhora sente dor, não sente?

Us.: Sinto, principalmente quando vou subir o morro.

Elvira: Deu uma alteraçãozinha. Deu umas pontinhas no osso que o pessoal chama de bico-de-papagaio quando dá na coluna né. É tipo bico-de-papagaio só que no joelho. A senhora tem problema até no joelho, tá vendo!

Us.: Até no joelho. Eu já tive.

Elvira: São umas pontinhas que dão nos ossinhos e daí vai espetando e dá dor. Além do que, o ossinho é que nem uma engrenagem e as engrenagens tem um oleozinho nas articulações pra gente poder movimentar sem precisar fazer aquele “crec-crec” como o meu, por exemplo. Essa engrenagenzinha é como se o líquido do joelho tivesse um pouquinho diminuído e aí o que que acontece? O espaço que tem que ter entre os ossos que é tipo um amortecedorzinho, tá diminuído. Quase não existe, tá mais colado.

Us.: E aí?

Elvira: E aí que roça osso com osso. Isso provoca um desgaste no osso. Isso causa dor. E aí que a senhora precisa ir a um ortopedista pra ele avaliar isso direitinho, ver se ele passa algum medicamento. Existe alguns

medicamentos que melhoram esse oleozinho né, que a senhora pode até conseguir de repente pela rede estadual talvez, com o pedido do ortopedista. É medicamento caro, então não adianta ir eu como clínica tentar passar aqui. Infelizmente, chega num ponto que a gente pode até saber o que passar mas... Tem exame que eu como clínica não posso pedir. Enfim, a gente às vezes se esbarra nesse muro. O sistema é desse jeito, é assim que funciona e eu não posso pular a cerca do sistema. Eles não permitem. [risos] Se fosse particular, eu passaria, a senhora começaria a tomar e o joelho da senhora iria melhorar. Só que não adianta passar porque é um remédio caro e tem que ser o ortopedista. Outra coisa, fisioterapia ajuda bastante também. Ele vai tá vendo pra senhora que tipo de fisioterapia que é mais adequada pra senhora tá. Eu vou fazer encaminhamento pra senhora. Por isso que a senhora sente dor no joelho.

Us.: [depois da longa explicação da médica] Então, deixa eu falar, a senhora acha assim no caso assim que eu andar, eu moro em morro né...

Elvira: É meio complicado. É difícil. Eu sei que é difícil porque eu mesmo quando eu subo, eu tenho problema de artrite, artrose na coluna. Tenho problema no joelho [...]

Us.: Mais aí doutora como eu ia perguntar à senhora [reforça a sua necessidade de concluir a ideia] no caso assim eu ficar assim muito tempo em pé, prejudica mais? Se andar muito...

Elvira: [interrompe] Não é que prejudique mais. A senhora precisa aumentar a força da musculatura da perna e fazer fisioterapia.

Us.: E eu ouvi fazer de couve que é bom pros ossos. É couve né que é bom pros ossos, couve?

Elvira: Não conheço não.

Us.: E qual assim é a alimentação pros ossos?

Elvira: Que contenha vitamina D. O sol, o leite né que tem o cálcio. E é importante pegar sol, porque não adianta você ter o cálcio se não tiver a vitamina D que vem do sol né, da natureza. Tanto é que a gente passa o cálcio até com a vitamina D que eu posso até tá passando pra senhora pra ver se ajuda a senhora um pouquinho nessa dor tá. A senhora deve sentir muita dor mesmo.

Us.: E lá em casa é tudo eu né.

Elvira: Mora quantas pessoas com a senhora?

Us.: Sou eu, meu neto, meu filho e a esposa dele.

Elvira: E a esposa do filho?

Us.: Ajuda, mas não é como a gente né. Ela me ajuda, faz algumas coisas lá, mas a gente tem que tá mais à frente. Ela tem 23 anos é novinha ou não é nova? [busca a opinião da médica]

Elvira: É nova, mas com responsabilidade suficiente pra casar, pra ter filho né. Então tem que ter a responsabilidade de cuidar de uma casa, dos filhos. Não é verdade?

Us.: É isso é. Ave Maria! Se eu falar com esse filho que eu tô com esse problema, aí que ele não me deixa fazer nada. Aí eu adoço sem fazer nada. Eu perdi meu marido e ele era pequeno e fiquei com quatro de menor pra criar. Então eu lutei muito né. A maior que tava tinha 15 anos. (Elvira: Já pensou que luta!) Foi uma luta e ele sofreu muito tadinho com a morte do pai. Ele assim, morreu de ataque do coração. Brincou com eles e tudo antes e eles acordaram com os meus gritos. Morreu assim, sentado. Uma morte inesperada né. Então esse menino meu teve um trauma. Minha filha. Olha doutora eu fiquei um ano fazendo o tratamento dele. Então eu não posso falar. Às vezes alguma coisa eu sentia calada, quando eu tava com dengue ele, toda hora: mãe o remédio, mãe...

Elvira: [interrompe] Deixa eu dar uma notícia aqui pra senhora tá em falta o cálcio, a vitamina D tá em falta, tá bom.

Esse atendimento foi constituído por alguns elementos comuns aos demais apresentados. O primeiro deles foi o fato da médica ter utilizado inúmeros diminutivos ao se dirigir à usuária: “remedinho”, “receitinha”, “ruinzinha”, “certinho”, “docinhos”, “feijoadinha”, “almocinho”, “galinhazinha”, “engrenagenzinha”, entre tantos outros que podem ser visualizados no trecho transcrito. O atendimento também teve como marca a transmissão de informações do médico que tudo sabe e pode orientar, para aquele que desconhece. Os tons pedagógico e maternal permearam o discurso da médica, que repreendia a usuária, mas abrandava as pontuações com risos. Assim, sua fala assumiu um caráter impositivo um pouco mais brando, por vezes. Ainda assim, expressões como: “Não pode comer”, “Vai ter que aguentar”, “Tem que parar”, “Tem que tomar remédio”, foram algumas das mais evidentes. Ela assumiu o controle da consulta direcionando a fala da usuária e a repreendendo como uma mãe faria a uma criança: “ai, ai, ai hein”.

A usuária concordava com todas as pontuações realizadas pela médica, ouvia-a com atenção, mas parecia procurar um espaço para se expressar. Em

determinado momento da consulta ela então reivindicou a fala dizendo: “Então, deixa eu falar”. A médica a interrompeu antes que concluísse o seu raciocínio e mais uma vez ela buscou uma lacuna no discurso da médica para se pronunciar: “Mas aí, como eu ia te perguntar”. Interrupções acompanharam todo o atendimento, a mais abrupta ocorreu no último trecho quando a usuária contava um período de sua vida em que sofreu bastante. Esta o fazia direcionando o olhar à pesquisadora, uma vez que a médica digitava informações no prontuário.

Sem que a usuária esperasse, a médica cortou sua fala para dizer que não havia uma medicação. Nesse momento, não acolheu a fala da usuária, tampouco demonstrou empatia. Houve uma alternância entre o tratamento formal e o informal por parte da médica que se dirigiu à usuária chamando-a de “meu anjo”, “minha querida” e “senhora”. A usuária, porém, sempre adicionava o termo “doutora” em suas manifestações ao se dirigir à médica. Temas já vistos foram revisitados nesse momento tais como a dominância do “modelo de palestra” (Tema 20); a infantilização dos usuários (Tema 24); e atendimentos com tons maternal e pedagógico (Tema 25). Isso indica o quanto condutas são partilhadas entre os médicos, membros de uma mesma categoria social.

Seguimos agora para o momento do exame físico. Nem todos os médicos realizaram esse procedimento-padrão nos atendimentos destacados. Provavelmente, consideraram irrelevante para os casos acompanhados. Por essa razão serão transcritos apenas aqueles nos quais esse momento esteve presente.

2.7.3. O momento do exame físico

Nesse momento da consulta, os médicos examinavam os usuários em dois lugares possíveis: na recepção do consultório ou atrás da divisória, lugar reservado para isso. Muitos recorriam a esse procedimento durante as consultas, isso variava de acordo com a queixa apresentada e com os critérios do médico. Em apenas uma das interações selecionadas ocorreu o exame físico. É relevante destacar que não eram comuns cumprimentos e despedidas que não fossem verbais como apertos de mão e abraços, por exemplo, a não ser por iniciativa do usuário. Muitas vezes, o momento do exame físico representava a única situação

de contato físico entre médico e usuário. Assim aconteceu no atendimento do médico Clemir.

Clemir: Beleza, então vamos examinar você. Vira um pouquinho assim. Abre o bocão e põe o linguão pra fora. Deixa eu ver se você tá coradinha. Coradinha. Dá uma levantadinha pra mim, por favor. Tudo tranquilo. Normocorada, ritmo cardíaco regular [...] É gripe mesmo. Sua médica aqui quem que é?

Us.: Daniela.

Observamos que foi um momento breve. Reduziu-se ao procedimento de auscultar a usuária com estetoscópio e de observar a sua garganta para verificar alguns sinais presentes da doença mencionada. Não houve diferença substancial nos demais atendimentos acompanhados dos médicos da Unidade. Pouco se aproveitava a situação para interagir de forma mais livre com o usuário. Importante destacar que nesse atendimento o médico passou a infantilizar claramente a usuária, algo que não pôde ser observado no momento anterior. Valeu-se de expressões normalmente utilizadas em exames com crianças: “Abre o bocão e põe o linguão pra fora”. Lembramos que se trata de uma mulher de meia-idade. O exame físico colaborou para a finalização do diagnóstico. Depois dele, o médico pôde acrescentar mais informações ao prontuário e reafirmar sua hipótese inicial.

2.7.4. O momento da prescrição e finalização da consulta

Ao chegarmos nesse momento da consulta, sabemos que ela caminha para o fim. Os médicos faziam recomendações, normalmente explicavam a posologia das medicações prescritas, indicavam exames e em seguida, despediam-se dos usuários. Não havia muito espaço para questionamentos porque o ritmo da consulta começava a se acelerar. Havia certa expectativa dos médicos de encerrar o atendimento brevemente, resolver o caso para, assim, iniciar um próximo. Os dois momentos foram, por isso, fundidos em um.

A médica Amanda seguiu com o atendimento:

Amanda: Você vai fazer o exame agora tá. [silêncio breve] Você vai fazer medicação pra dor de seis em seis horas tá. É urgente, precisa colher

agora. Aí hoje à tarde já sai o resultado, aí a medicação você pega ali na frente tá. Você tem alergia à Dipirona?

Us.: Não.

Amanda: Aí chegando eles vão te dar uma senhazinha de tarde. É só você mostrar lá na recepção tá. Você tem esse exame de urgência pra mostrar à tarde. Tá jóia?

Us.: Obrigado pra você, um bom dia.

Amanda: Nada, bom dia.

Vemos que se o atendimento começou objetivo e diretivo, essas características se intensificaram no final dele. A médica passou a valer-se de um tom mais impositivo. A usuária só se manifestou quando consultada e ainda assim brevemente. A médica não abriu espaço para o esclarecimento de possíveis dúvidas. Emitiu seus mandos e acelerou o encerramento da consulta. Coube à usuária acatar as orientações e se despedir. A despedida foi realizada apenas verbalmente. Essa consulta durou cerca de seis minutos.

Na próxima consulta, seguiremos com a médica Bruna. Interrompemos a descrição anteriormente, no momento em que a médica perguntava à usuária quantas pessoas moravam em sua casa, com o intuito de prescrever remédio para todos:

Us.: Eu preciso parar e pensar.

Bruna: Tem que ser mais ou menos.

Us.: Ó, em casa mesmo quem mora na minha casa é só eu e meu esposo. Mas tem os netos que fica durante o dia comigo.

Bruna: Os netos são todos maiorezinhos ou tem algum bebê?

Us.: Não, todos maior.

Bruna: Então.

Us.: O bebê que tem, tem três anos.

Bruna: Então o povo tá criado. Mas são o que, uns três netos?

Us.: É quatro com a bebê cinco. Sete comigo e meu esposo.

Bruna: O cálculo foi rápido.

Us.: Oi?

Bruna: Calculou rápido. Não foi?

Us.: [risos] Foi.

Bruna: Então. Esse aqui é o [remédio não identificado] e o Becla... pra seis meses, naturalmente qualquer alteração a senhora volta aqui. A senhora pode voltar antes se alguma coisa acontecer.

Us.: Tá, passa um remedinho de dor pra mim porque...

Bruna: [interrompe] Vou passar. Na hora da receitinha eu ponho ali então. Aqui é mamografia, agenda no segundo andar tá.

Us.: Uhum.

Bruna: Exames de sangue e aí eu pedi inclusive exame de tireoide pra poder a gente dar uma olhadinha nessa rouquidão da senhora se tem a ver com a tireoide ou não. Se não tiver, a gente vai ter que avaliar a questão de secreção e as questões de cordas vocais também, mas deixa chegar esse exame que a gente vai ver. E aqui o oftalmologista pra fazer a revisão, não esquece de já deixar agendado o assistente social. A senhora lembra da [nome da assistente social], assistente social?

Us.: Alembro.

Bruna: Só que agora vai mudar, tem agora a [nome da assistente social atual], é uma loira. É uma senhora. A senhora procura depois, pode ir na recepção mesmo a senhora vai agendar. A senhora pega lá com ela depois a orientação.

Us.: Tem que fazer exame de vista, mas já deixa já agendado já...

Bruna: Pra adiantar, porque daí agenda daqui a 15 dias e a senhora já vai tá com tudo na mão. [silêncio prolongado, aguarda a impressão das prescrições] Aqui é farmácia e esse aqui é o remédio de verme. O de verme vai tomar um comprimido todo mundo hoje, ele é mastigável, depois de 20 dias vai tomar mais um comprimido. Então, todo mundo da casa toma um comprimido hoje e daqui a 20 dias toma mais um tá. Isso aqui é tudo farmácia. Esses daqui são todos no segundo andar, na sala de agendar especialidade. Esse aqui é no laboratório. É coisa né?

Us.: É muita coisa pra mim guardar aqui.

Bruna: Então faz o seguinte, a receita a senhora sabe que é receita.

Us.: A receita eu já sei.

Bruna: Isso aqui é aqui em baixo. O resto é lá em cima.

Us.: Esse aqui é em baixo.

Bruna: É. Vai primeiro na farmácia e aí eles vão te informar onde é o laboratório, fica mais fácil. Por último, a senhora vai lá em cima.

Us.: Tá bom, mas eu vou resolver tudo certo. [risos]

Bruna: Eu sei.

Us.: Tchau bom dia pra você.

Bruna: Tchau Dona O., tudo de bom pra senhora.

Das prescrições à finalização da consulta houve certo vagar na interação. A médica, com calma preocupou-se em explicar a usuária os exames que iria realizar, o objetivo dos exames indicados e a posologia da medicação. Não houve precipitação, tanto que a usuária pareceu se sentir à vontade para esclarecer dúvidas e realizar solicitações. Vimos que Bruna persistiu no uso dos diminutivos. Demonstrou empatia quando constatou a quantidade de encaminhamentos que se avolumaram em papéis impressos. Pareceu solidarizar-se com a usuária pelo fato de compreender que, por ser idosa e provavelmente com baixa escolaridade, pudesse encontrar dificuldade em se organizar. Quando verbalizou: “É coisa né”, abriu espaço para a usuária se manifestar. Assim aconteceu, a usuária externou sua preocupação em conseguir dar prosseguimento às orientações e obteve da médica um auxílio. Ela separou os exames das receitas e orientou a usuária quanto ao caminho que poderia percorrer, de modo a facilitar a realização dos procedimentos necessários.

Depois do exame físico o médico Clemir continuou o atendimento. Vamos verificar o que aconteceu:

Clemir: Eu passei dois comprimidos de manhã e dois de noite de Inalapril, não foi? Dois de manhã e dois à tarde. Você tá tomando direitinho?

Us.: Dois de manhã e dois à tarde?

Clemir: Isso. [com impaciência]

Us.: Não eu tomo... [com dúvida] do jeito que tá aí nessa receita aí.

Clemir: Como é que é o jeito que tá aqui?

Us.: Eu to... é... três de manhã e dois à noite.

Clemir: Fez sentido. É isso aí. São dois Inalapril, do mesmo.

Us.: É.

Clemir: À noite. É isso aí. Você agora lembrou sem olhar a receita. Mas se tiver dúvida tá, tem que olhar. Mas é isso aí. Tem que lembrar de cor. Quando é pouquinho remédio assim, tem que lembrar de cor. Hoje tomou o remédio?

Us.: Não, porque acabou o remédio.

Clemir: Hoje não tomou nada. Mas e ontem, tinha ainda ou não? Também tinha acabado? Então por isso que tá alta assim né?

Us.: É. É só eu não tomar o remédio que aumenta mais.

Clemir: E você costuma tomar pra dor é Dipirona, Paracetamol, o que que é que você toma?

Us.: Dipirona.

Clemir: É melhor pra você né. Você sabe que só tem em gotas né.

Us.: Só tem em gotas?

Clemir: É, Dipirona só tem em gotas. Dipirona aqui só tem em gotas, você sabe né.

Us.: Mas eu tomo em gotas também.

Clemir: Não tem importância não né. Melhor melhorar do que...

Us.: Ainda mais que eu tenho criança pequena, eu gosto de tomar qualquer remédio. Pode ser de gotas, de comprimido.

Clemir: O importante é melhorar. E Loratadina te melhora bem também?

Us.: Melhora. Como coceira na garganta, aí eu tomo, aí eu durmo né. Depois de alguns minutos para. Eu fico espirrando direto também aí paro de espirrar.

Clemir: Você falou que tem asma também.

Us.: É, eu tenho asma. De vez em quando eu vou parar no P.A. [Pronto Atendimento] pra tomar nebulização.

Clemir: Poxa vida.

Us.: Mas agora não atacou não. Só agora o cansaço e...

Clemir: [interrompe] A receita... entendi. A receita de pressão você sabe que vai valer pra seis meses né.

Us.: É seis meses.

Clemir: Tá bom?

[silêncio prolongado, enquanto médico imprime as prescrições]

Clemir: E também o remedinho da gripe tá aqui. Loratadina, Dipirona. Tá jóia?

Us.: Tá jóia.

Clemir: Só isso M.?

Us.: Só isso. Tchau, fica com Deus viu.

Clemir: Tchau. Você chama pra mim o R. [nome do próximo usuário a ser consultado]?

Observamos que o atendimento do médico Clemir foi bem circunscrito à investigação da doença e ao seu combate. Do início ao fim direcionou suas questões aos sintomas e aos remédios adequados para sua remissão. Permaneceu com tom impositivo e demonstrou impaciência quando a usuária não respondeu de forma rápida e objetiva à sua indagação. Interrompeu por vezes a usuária e chegou a testá-la ao perguntar se ela sabia como tomar a medicação sem olhar a receita. Quando a usuária acertou a resposta, elogiou-a como um professor faria com uma aluna do ensino fundamental. Retomou o traço de infantilização que emergiu no segundo momento da consulta utilizando o recurso

dos diminutivos: “direitinho” e “pouquinho”. A consulta foi finalizada com uma despedida verbal. A interação transcorreu em um período de dez minutos.

Vamos agora à continuação da consulta da médica Daniela. Paramos no ponto em que a usuária concorda em abdicar de alguns hábitos alimentares, rechaçados pela médica.

Daniela: Não é que você vai parar, mas você vai mudar. Se tiver muita coisa assim, alguma parte do frango que você não queira cozinhar você vai fazer o seguinte, o filezinho de peito, por exemplo: não bota óleo não, você bota ele na frigideira e aí vai ficando escuro, coloca um pouquinho de água e vai virando. Ele fica tostadinho e não tem a gordura do óleo. Esse é seu exame, nós vamos passar um remedinho pra te ajudar. Ela diminui a gordura, a cerveja ela vai continuar então é melhor a gente passar o Fribato, pra diminuir o triglicerídeo. A fritura você consegue diminuir?

Us.: Eu consigo.

Daniela: A cerveja é mais difícil.

Us.: A cerveja é porque eu saio e final de semana eu bebo porque eu...

Daniela: [interrompe] Então eu to falando que é mais fácil você tirar a fritura então nós vamos passar o outro pra tomar à noite. Aí pode tomar sua cervejinha né.

Us.: O açúcar tá bem né?

Daniela: Não.

Us.: Tá alto também?

Daniela: Tá alto, a gente vai escrever aqui o que você vai comer. Mas não vai ficar com fome não, você vai comer a cada três horas. E quando a gente tá com muita fome a gente come e come muito. Então se você botar alguma coisa no meio já não vai dar tanta fome. No meio da manhã, no meio da tarde. Agora pra jantar, porque dá preguiça mesmo a gente chegar ter que preparar a janta e sabe o que acontece, se a gente não cuidar da saúde agora a gente vai ter que ter tempo pra cuidar da doença depois. Mas pode tomar sua cervejinha pra você ficar feliz porque sem ela você fica triste aí não dá.

Us.: Tá bom, tchau.

Daniela: Vai com Deus.

A médica manteve as prescrições. Permaneceu com tom pedagógico e impositivo. Ainda utilizou diminutivos e interrompeu a usuária quando esta tentava explicar as razões que a levavam a manter alguns hábitos. A médica não a ouviu e concluiu, por sua conta, que a usuária não seria capaz de abdicar do hábito da bebida, aos finais de semana. Não se ouviu, em nenhum momento, a usuária se manifestar claramente a respeito. A ela não foi perguntado se preferia tomar o remédio a abrir mão de um hábito. A consulta durou cerca de dezesseis minutos. Grande parte desse tempo foi destinado a enunciações das estagiárias e da médica. Ao final da consulta a médica abraçou a usuária e se despediu. Foi a única profissional médica que por iniciativa própria, tocou a usuária sem que fosse preciso o momento do exame físico.

A consulta da médica Elvira é a próxima a ser retomada. A transcrição anterior foi interrompida com o corte abrupto da fala da usuária realizado pela médica, no intuito de informar que a medicação estava em falta na Unidade.

Us.: Porque, desde aquele dia, eu marquei, quando eu fui consultar com ele né, aí eu marquei tudo, mas ainda não foi marcado lá pra ele né?

Elvira: E tá dependendo de que pra esse retorno?

Us.: Eles chamaram aqui doutora, aí eu vim...

Elvira: [interrompe] Eu vou fazer um novo encaminhamento. A senhora vai pegar o papel do retorno e vai levar junto com esse papel lá em cima. Pra ver se a gente consegue agilizar isso tá e no dia da consulta não deixa o raio x não. [silêncio prolongado, a médica digita informações no prontuário] Eu tô fazendo aqui o encaminhamento já com o resultado tá. Aqui querida, esse é o encaminhamento. Esse é o seu exame então, fechando a boquinha e quando a senhora voltar comigo em setembro nós vamos conversar a respeito desses exames aqui.

Us.: Aí doutora a senhora vai passar o Paracetamol pra mim pegar. Porque eu gosto de ter sempre um remedinho em casa né.

Elvira: Não é pra você usar continuamente não tá.

Us.: Eu sei é que eu gosto de ter de reserva, qualquer coisinha né.

Elvira: Só isso meu bem? Então tá bom.

Elvira: Vai com Deus.

Us.: Muito obrigada

Elvira: Tchau meu anjo.

A médica persistiu no uso dos diminutivos e em um tratamento mais informal dirigindo-se à usuária pelos seguintes termos: “minha querida”, “meu bem” e “meu anjo”. Os diminutivos também continuaram marcando a relação. O tom impositivo se fez presente nas orientações. Não foi verificada situação de contato físico. A despedida foi feita verbalmente. A consulta durou cerca de vinte e três minutos. Interessante destacar que a médica, ao finalizar a consulta e a usuária sair da sala, enunciou a seguinte ideia: “Coitada dela né. Se vê cada caso. É só tristeza que a gente pega né”.

Por esse breve comentário, foi possível confirmar a existência de uma imagem concebida acerca dos usuários em geral. Ela não apenas emitiu uma ideia sobre o atendimento específico, mas o tomou como exemplo para resumir os casos que atendia rotineiramente na Unidade. A imagem que emergiu foi aquela de “coitada”. Esta assume forte correspondência com a de “tadinhos” que emergiu no tópico: *A demanda geral da Unidade pelo olhar dos médicos*.

Por meio da seleção desses atendimentos, que representam encontros entre médicos e usuários em geral, levantamos aspectos importantes que irão auxiliar na análise das representações e práticas partilhadas entre os médicos acerca dos usuários SVD. Na sequência, apresentaremos os atendimentos voltados a algumas usuárias SVD, com o objetivo de traçar pontos comuns e dissonantes entre eles e os relativos aos usuários em geral. Priorizamos a exposição de casos envolvendo mulheres com sintomas vagos e difusos, em função do grande número de atendimentos de mulheres com tais características, 23 dos 25 casos atendidos referentes a essa população. Foram acompanhadas apenas duas consultas voltadas a homens com esse mesmo perfil. Por essa razão, nos tópicos que se seguem, a referência feita aos sofredores somáticos será no feminino. Destacamos um tópico específico (*Os encontros com homens SVD*) para a descrição dos dois casos de homens SVD acompanhados pela pesquisadora durante as observações.

2.8. Encontros com as sofredoras somáticas

Neste momento, abordaremos as consultas relativas às usuárias SVD. Pautados pelos conteúdos que emergiram nos atendimentos aos usuários em geral, poderemos, em seguida, realizar a análise desta segunda etapa. Ela nos ajudará a levantar pontos comuns e diferentes observados tanto nos encontros dos médicos com usuários em geral quanto com os usuários SVD. Alguns trechos de consultas serão apresentados para exemplificar cada aspecto observado da interação de médicos com as usuárias SVD.

A partir desse momento, vamos nos deter a relatos de encontros com usuárias, visto que a maioria das pessoas percebidas pelos profissionais médicos como portadoras de sintomas vagos e difusos, segundo os critérios adotados, foi de mulheres. As usuárias SVD serão representadas pelas seguintes letras: Us. SVD. Ao final, apresentaremos alguns atendimentos relativos a usuários homens que expressaram os mesmos sintomas e faremos breves considerações sobre eles. Como dito, seguiremos a estrutura invariável das quatro categorias distintas correspondentes aos momentos da consulta:

- 1º. A entrada do usuário no consultório;
- 2º. O início da anamnese médica;
- 3º. O momento do exame físico;
- 4º. O momento da prescrição e a finalização da consulta.

As categorias abarcarão os mesmos aspectos considerados nos atendimentos aos usuários em geral. Depois desses tópicos, seguirão outros que agregaram momentos relevantes à compreensão do contexto que compreendeu a construção de representações sociais e de práticas destinadas às usuárias SVD.

2.8.1. A entrada da usuária SVD no consultório

Como visto antes, na primeira etapa em relação às consultas com os usuários em geral, convencionamos o primeiro momento como aquele que compreende a entrada do usuário até a indagação do médico quanto à queixa, abarcando os comportamentos e falas dos médicos. A seguir, será possível visualizar pelo menos um atendimento de cada médico voltado às usuárias SVD.

Iniciamos pela Situação que envolveu a médica Amanda e uma usuária SVD de 37 anos que fazia parte da população da área atendida pela profissional. Nesse atendimento, foi possível confirmar que o fenômeno foi percebido pela médica como relativo a uma usuária SVD. A interação guardou comportamentos, afetos e verbalizações, portanto, reproduzidos com outras usuárias de mesmo perfil. A confirmação ocorreu através de entrevista etnográfica realizada logo depois do atendimento referido. Ela será apresentada na conclusão do encontro.

A médica levantou-se de sua cadeira e seguiu em direção à porta. Normalmente isso não ocorria. Tal ação foi justificada quando a médica relatou não ter o nome da próxima usuária registrado no sistema. Por força da necessidade, foi à porta perguntar quem era a próxima pessoa a ser atendida.

Us. SVD: Boa tarde.

Amanda: Boa tarde. Tudo bom Dona M.? Acaba que aqui fica... (Us. SVD: Tudo bem) mais tumultuado né, com mais gente.

Us. SVD: É, não tá nada bom não Dra. Eu tô sentindo uns calafrio, umas tontura. Tô com um caroço aqui ó, aqui na testa. [mostra uma pequena saliência em sua face] (Amanda: Ahm) Tipo dá uma pressão na minha cabeça tem hora. Esse caroço sei lá, mas não dói não entende. (Amanda: Ahm) Fica duro. Começou a crescer pequenininho, agora ele tá ficando maior cada vez mais. Ele era pequenininho, nem aparecia agora tá aparecendo. (Amanda: Aham) [silêncio breve]

Foi uma interação inicial breve e a própria usuária resolveu começar o relato sobre seus sintomas. Durante o relato, a médica emitiu sinais de responsividade, como se estivesse atenta à fala da usuária, como: “Ahm” e “Aham”. O cumprimento foi apenas verbal, acompanhado de um sorriso da médica. Esta não apresentou a pesquisadora à usuária. No decorrer da transcrição, teremos acesso a maiores detalhes.

No próximo atendimento, as protagonistas foram a médica Bruna e uma idosa de 77 anos. A usuária já era habitual, por pertencer à área de cobertura da equipe da médica. A profissional anunciou o nome da usuária sentada à mesa. A usuária SVD chegou ao consultório na companhia de seu filho, que será representado pelas letras Fi, e cumprimentou a médica com um toque em seu

ombro. A médica sorriu e reproduziu o gesto da usuária. Assim o atendimento teve início:

Us. SVD: Bom dia, minha filha, tudo bom? Eu gosto de conversar mesmo, não nasci com a boca fechada.

Bruna: A gente conversa.

Fi: Vim trazer o resultado do exame dela.

Us. SVD: Ai, nem dei bom dia à menina. [referindo-se à pesquisadora]

Bruna: Pois é e eu nem apresentei pra vocês né: Renata, ela é mestranda em Psicologia e tá fazendo uma análise do posto, um estudo sobre o posto. Aí ela tá participando com a gente. Fi, quase o nosso agente de saúde, desistiu né, Fi. Brincadeira, Fi, já te falei pra você fazer. Vão abrir o curso de novo, você fica de olho!

Fi: [risos] Ai, tá bom.

Bruna: Você emagreceu né, Fi?

Fi: Emagreci bastante.

Bruna: Tinha engordado um pouquinho, quase morreu do coração, mas você emagreceu bem.

Fi: Mas tô bem ou preciso dar uma engordada?

Bruna: Não, tá bem. Nem gordo, nem muito magro.

Fi: Mas eu tô mantendo minhas atividades físicas, faço em casa e tudo.

Bruna: Isso aí, atleta.

Fi: Tô quase chegando lá [risos]. [silêncio prolongado médica verifica os exames]

Bruna: Dona Eugênia, a mama da senhora tá limpíssima o que tem é do próprio envelhecimento da senhora mesmo, mas nada assim preocupante não. Tudo dentro do aceitável. Não tem nada não, tá bonitinho. Sem nódulo, só as calcificações mesmo. [silêncio breve, digita no prontuário]

A troca de interlocução entre a médica e o filho da senhora atendida, no início, foi bastante substancial. A usuária SVD, nesse momento inicial, participou da interação apenas duas vezes, de maneira breve. Incentivou a médica a

apresentar a pesquisadora, que se destacou como um elemento novo no ambiente. A médica assim o fez, explanando rapidamente o objetivo da presença da pesquisadora no consultório. Observou-se que a formalidade em relação à usuária esteve marcada pelo uso dos termos “Dona” e “senhora”. Esteve também presente na interação certa descontração e aproximação entre os membros que dela faziam parte, provavelmente pelo fato de serem mãe e filho conhecidos da médica. Logo no início da consulta, a médica emitiu considerações acerca do estado de saúde da usuária, com base nos exames dizendo em termos gerais: “Não tem nada não, tá bonitinho”. Continuaremos com a exposição nas próximas categorias.

Do encontro seguinte, participaram o médico Clemir e a usuária de 32 anos que já pertencia à sua área de atuação. Tratava-se de uma usuária que procurara o médico pelo fluxo de demanda espontânea. O médico anunciou o nome da usuária SVD e a cumprimentou verbalmente com um sorriso.

Us. SVD: Bom dia pra você.

Clemir: Bom dia. Vamos ver de que área que é a E. Ela é por acaso uma intercorrência e por acaso é da minha área também. Deixa eu ver... Ela tá com pressão 18/10! [com espanto] É isso, E.? Mas você veio por causa de que hoje?

Observamos que a interação inicial foi bastante breve, objetiva e diretiva. O médico apresentou algumas informações à pesquisadora a respeito da usuária, sem que isso fosse solicitado previamente. Não mencionou a presença da pesquisadora. Alterou seu tom de voz para mais alto ao verificar a pressão da usuária e logo iniciou a anamnese.

A médica Daniela atendeu uma usuária SVD de 22 anos, que não pertencia à sua área de cobertura. Além disso, tratava-se de uma demanda espontânea. Lembramos que essa médica atuava na companhia de duas estagiárias A. e B. Este encontro também pôde ser investigado, com uma riqueza maior de detalhes quanto à construção do fenômeno pela médica, por meio de entrevista etnográfica que será apresentada na finalização da transcrição. A médica mais uma vez seguiu a conduta habitual, recebeu a usuária na porta e a cumprimentou verbalmente.

Daniela: Bom dia, tudo bem? [com um sorriso]

Us. SVD: Tudo.

Daniela: Us., A. e B. da medicina e ela é psicóloga [referindo-se à pesquisadora]. Tá bom! Tudo bem [nome da usuária]?

Observamos que a médica foi mais objetiva em sua abordagem, mas se preocupou em apresentar as pessoas presentes no consultório. O início da investigação foi pautado pela repetição de uma pergunta bastante usual nos cumprimentos corriqueiros o “Tudo bem?”. A usuária entendeu o código da interação e em seguida, iniciou o relato de seus sintomas.

Vamos à última consulta acompanhada. Ela foi protagonizada pela médica Elvira e a usuária SVD de 60 anos e era parte do programa para o controle de hipertensão. Essa médica reservava um dia específico para a ação e a realizava no próprio consultório. Optava por atendimentos individuais. Em momentos que antecederam esse atendimento, a médica comentara com a pesquisadora que se tratava de uma usuária “difícil”, por apresentar muitas dores. A médica chamou a usuária de sua sala posicionada em sua cadeira. Quando a usuária adentrou ao consultório, foi cumprimentada pela médica, apenas verbalmente.

Elvira: Olá Dona [nome da usuária]. [ainda sentada em sua cadeira, cumprimento apenas verbal]

Us. SVD: Tudo bem?

Elvira: Tudo bem. Cortou os cabelos!

Us. SVD: Ah minha filha! Cabelo branco tem que ser curto mesmo.

Elvira: Ela é a Renata, psicóloga que tá com a gente hoje, Dona [nome da usuária]. Tudo bem com a senhora? Como é que vai?

A médica iniciou a consulta de maneira mais informal. Fez comentários sobre o cabelo da usuária, talvez com o objetivo de romper com alguma resistência que acreditasse ter a usuária. A abordagem da médica também poderia se relacionar com a percepção que alimentava sobre a usuária, uma vez que manifestou ser esta “difícil”. Preocupou-se em apresentar a pesquisadora,

mas sem explanar o motivo de sua presença. Optou também, como a médica Daniela, por uma pergunta menos direta a fim de investigar a queixa.

No próximo tópico daremos continuidade a esses encontros e continuaremos destrinchando os detalhes presentes.

2.8.2. O início da anamnese médica

Lembramos que tanto este como os demais tópicos que descrevem a estrutura das consultas seguirão os mesmos critérios adotados para a exposição dos casos relativos aos usuários em geral. Seguindo os atendimentos iniciados no tópico anterior, a consulta da médica Amanda com a usuária SVD de 37 anos prosseguiu a partir do silêncio breve ocorrido logo depois da enunciação da queixa pela usuária. A médica rompeu o primeiro silêncio breve para indagar quanto aos sintomas. No consultório, além da pesquisadora e da médica, havia uma estagiária de medicina que em nenhum momento verbalizou algo.

Amanda: Ih... Te dando uns calafrios, como assim?

Us. SVD: Sei lá. De noite, tipo assim, à noite vem um calor. Eu sinto um calor danado. Aí na hora que eu, tipo assim, eu vou tirar a coberta e aquele calafrio. Começa aquele frio com um calor junto e eu suo, suo, suo gelado demais...

Amanda: [interrupção] E a menstruação tá vindo todo mês certinha?

Us. SVD: Todo o mês certinha.

Amanda: E isso começou quando?

Us. SVD: Isso deve ter um tempo já isso. Deve ter uns três, quatro meses que eu tô assim. E tô sentindo muita dor no peito, dor nas pernas, demais. Domingo eu senti tanta dor aí que eu nunca senti tão dolorido assim. (Amanda: Ahm) Tipo uma dor aqui assim, uma dor que dá pra suportar, mas incomoda. Às vezes dá uma fisgada, às vezes o braço fica formigando, as pernas também...

Amanda: [interrupção] E começou tudo junto? Esses calafrios, essa quentura...

Us. SVD: [interrupção] A dor no peito já tinha. Já tava um tempo já. Eu não sei se é porque eu sou muito nervosa. Qualquer coisa eu fico nervosa

demais. (Amanda: Ahm) E os calafrios já tem um tempo já também. Uns três meses assim, já começou.

Amanda: Tudo junto?

Us. SVD: Aí começou uma coisa, não é quase todo o dia não que eu sinto, mas incomoda. Essa noite mesmo eu senti. Um calafrio, tipo parece que você tá caindo? Aí sente aquele negócio assim, aí depois fica o coração disparado, aí começa: faz calor, faz frio, faz calor, faz frio. E eu também tô ficando sem escutar direito quase...

Amanda: [interrupção] Sem escutar?

Us. SVD: Quase não escuto do lado direito, tá muito difícil. Se a pessoa falar, tiver falando longe ou muito baixo perto de mim eu não consigo entender. Só se falar perto e falar alto. Eu não tô ouvindo muito direito não também. (risos)

Amanda: Mas isso é... essa perda da audição tem quanto tempo? Por que são coisas totalmente diferentes. [demonstrando desconforto]

Depois desse comentário, a médica solicitou à estagiária que realizasse um exame físico na usuária, o que será relatado no próximo tópico. Optamos por recortar o momento do exame e transcrever a sequência da interação correlata ainda a esse momento da anamnese médica.

Amanda: À noite você ronca ou baba no travesseiro?

Us. SVD: Não. Eu tenho alergia assim o...

Amanda: [interrupção] O nariz começa a roncar?

Us. SVD: O tempo todo assim. Eu tenho muita alergia. Demais. O meu filho é igualzinho a mim também, passou até remédio. Fico fungando, o tempo todo. E quando eu não espirro e o nariz começa a escorrer. Qualquer coisinha me dá alergia. [silêncio prolongado enquanto médica digita informações no prontuário] E eu tô com as pernas doutora, acho que também é porque eu tô muito gorda. Isso me incomoda, isso me estressa.

Amanda: Hum? [silêncio prolongado] Você notou que você vem engordando, você tá se sentindo gorda, mas você vem engordando mais, comendo normalmente?

Us. SVD: Eu sou acostumada a almoçar e janto de noite. Nada mais além disso eu não...

Amanda: [interrupção] Não mudou nem a vontade de comer, de tá comendo mais?

Us. SVD: Nada disso. Eu até tomo um cafezinho de tarde puro e janto só, mais nada. No almoço é só almoço e café da manhã puro também...

Amanda: [interrupção] Notou se tá tendo perda grande de cabelo, se a pele tá ficando ressecada.

Us. SVD: Não isso não.

Amanda: As unhas quebrando fácil?

Us. SVD: Meu cabelo tava caindo muito, mas aí eu tomei remédio que a senhora mesmo passou pra mim e melhorou.

Amanda: Não né?

Us. SVD: Não nada disso não. Cai sim, de vez em quando, mas não é aquela porção grande não. [silêncio prolongado]

Amanda: A última menstruação veio quando?

Us. SVD: Dia dois.

Amanda: Ficou quantos dias?

Us. SVD: Ficou três dias.

Amanda: Não teve diminuição da vontade de ter relação, nada disso?

Us. SVD: Vixi doutora! Isso eu não tenho quase não.

Amanda: Não tem?

Us. SVD: Eu tenho pavor!

Amanda: É mesmo!

Us. SVD: É mesmo. Meu marido acha até ruim. Só tenho relação no máximo uma vez na semana e pra mim tá bom.

Amanda: É?

Us. SVD: Não sinto vontade. Todo o dia eu chego em casa e sei lá, eu tô me sentindo mal, as perna dói, o corpo fica meio mole ou dá um cansaço. Aí junta tudo, aí eu fico preocupada com esse negócio que tá na minha cabeça. [refere-se à saliência] Preocupada com esse calor e esse frio que eu não sei o que é. Fico preocupada também que eu tô muito gorda. [risos]

Amanda: Vocês estão casados há quanto tempo?

Us. SVD: Sete anos.

Amanda: E sempre foi assim?

Us. SVD: Não, acho que foi depois do bebê completar uns três meses. De três anos pra cá. Vai fazer um ano já que eu tô assim. Tô me sentindo gelada, não tô com vontade nenhuma não. Aí eu faço as coisas por obrigação, não é por prazer.

Por ora nos resta apontar alguns elementos observados nesses trechos transcritos. A médica passou a investigar os sintomas relatados pela usuária. Suas indagações assemelharam-se a um interrogatório com perguntas breves e pontuais. Fixou a exploração em detalhes quanto à duração e forma de manifestação dos sintomas. Perseguiu sintomas específicos que pudessem se relacionar a um quadro diagnóstico. Pareceu se surpreender com o número e diversidade das queixas enunciadas. Perguntou duas vezes se os sintomas ocorriam juntos por parecer não se convencer da veracidade do relato.

Acompanhou tais verbalizações um semblante ambíguo da médica entre o riso e a seriedade. Então, quando a usuária introduziu mais um sintoma diverso dos demais já mencionados, a perda da acuidade auditiva, a médica demonstrou incômodo. Passou a marcar a interação certa agitação emocional traduzida por: gestos mais numerosos e intensificados com as mãos e a colocação da língua entre os lábios, comportamentos não observados em atendimentos a usuários em geral. Vimos que as interrupções foram substanciais, no sentido de tolher e direcionar a fala da usuária. Durante o relato, embora alguns marcadores de responsividade como “Aham” tivessem sido emitidos, a médica não manteve por muitas vezes um olhar atento à usuária. Preocupava-se em redigir informações no prontuário na maior parte do tempo em que a usuária falava sobre seu sofrimento.

De acordo com a Situação do encontro pudemos revisitar os Temas: a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos (Tema 21) e a entrevista clínica como um interrogatório (Tema 23) que constam no Apêndice D e construir os seguintes:

- Tema 26: os médicos apresentavam agitação emocional, traduzida por gestos mais intensificados, como forma de externalizar o desconforto quando diante das usuárias SVD;
- Tema 27: os médicos apresentavam tendência a duvidar da veracidade dos sintomas que a usuária SVD manifestava;
- Tema 28: os médicos tendiam a se esquivar de assuntos emocionais.

Quanto ao Tema 26 cabe destacar que a percepção de “gestos mais intensificados” não tem outra base empírica a não ser a percepção da pesquisadora. A agitação emocional é uma hipótese baseada na intensificação dos gestos dos médicos. O estado de ansiedade pode compreender tal agitação emocional, posto que se relaciona a um momento afetivo de difícil apreensão que gera expectativa e antecipação frente a uma ameaça percebida ou sentida de forma não-consciente. Esse estado envolve diferentes gradações de medo o que pode ter como efeito a intensificação dos gestos e tensão muscular (Öhman, 2008). Nas situações descritas neste trabalho, poderia haver medo por parte dos médicos quanto a um aspecto simbólico: ser questionado na sua competência de profissional-médico. Ao longo da análise discutiremos mais esse aspecto.

Na segunda Situação, a médica Bruna dá início à investigação depois de apresentar à usuária sua interpretação dos resultados dos exames. Ela constatou que estavam normais e silenciou brevemente, enquanto digitava informações no prontuário. Foi nesse momento que usuária SVD aproveitou para relatar sua queixa.

Us. SVD: Eu ia falar com você, quando eu baixo a cabeça assim eu fico tonta.

Bruna: Eu já ia falar com a senhora mesmo, a senhora já me falou isso.

Us. SVD: Eu falei com você já? É quando eu vou estender roupa no varal assim que eu viro a cabeça, eu tenho medo de virar pra trás e cair...

Bruna: [interrupção] Agora eu vou falar uma coisa que eu também já falei com a senhora, a senhora já começou a caminhar?

Us. SVD: Não.

Bruna: Ó a surra hein! Ó a surra!

Fi: Tá merecendo.

Bruna: Esse mal-estar que a senhora tem quando abaixa e vira muito a cabeça é porque aqui, nessa região da cabeça aqui ó, tem um órgãozinho que ele fica tipo cheio d'água assim sabe, aí quando a gente baixa é como se fosse um copo cheio d'água virando.

Us. SVD: Ah é?

Bruna: É e é ele que controla a sensação de estar tonta ou não. Por isso que quando abaixa e levanta de uma vez ele fica meio descompensado. Imagina um copo virando de uma vez, ele fica meio assim. É isso que acontece. Por isso que a pessoa tem que praticar exercício físico. Caminhada, porque aí a caminhada...

Us. SVD: [interrupção] Já me chamaram.

Bruna: Esse copozinho aqui vai se acostumando com esses balanços normais e habituais. E aí você passa a não ter tonteira com pequenos movimentos.

Us. SVD: A tonteira é ruim e eu tô tomando remédio menina.

Bruna: É ruim. Mesmo que tenha um problema de labirintite associado, esse tipo de tonteira que a senhora tá tendo não é um problema de tonteira assim, que precise de remédio. Precisa de remédio: exercício físico.

Us. SVD: Pois é.

Bruna: E até companhia a senhora já arranjou.

Us. SVD: Pois é, você me deu um remédio e eu tô tomando ele né. Aí tem dia que eu tô estressada menina, aí eu tava falando com o Fi que eu vou falar com a doutora que tem dias que eu fico nervosa, assim, sem mais nem menos. Eu passo raiva né. Fica os dois em casa eu e ele tem dia sim e dia não e quando tá ele não para em casa, fica resolvendo as coisas, os negócio que tem pra resolver. Aí se eu fico conversando muito tempo em pé, eu tenho que me segurar num negócio. (Bruna: Hum) Me dá aquela fadiga senão eu caio, eu tenho medo de cair. Eu tenho que segurar num negócio, eu não posso conversar muito, muito tempo em pé (Bruna: Uhum) Então me incomoda né. Incomoda a gente.

Bruna: A senhora já lanchou hoje?

Us. SVD: Não.

Bruna: Não comeu nada ainda hoje?

Us. SVD: Tomei café puro com leite, com leite não, mentira, eu não gosto de leite.

Bruna: Sabe por quê? Além da senhora ser magrinha, magrinha que eu falo ter um corpo bom, mas é pequenininha (Us. SVD: Aham, sou miudinha) Isso, além disso, não fazer exercício físico, sua glicose é uma glicose totalmente normal, graças a Deus. Mas precisa sempre tá alimentando certinho. O pouco que a senhora ficar de pausa de alimentação a senhora vai piorar a tonteira que a senhora já tem. Que a glicose ó, a senhora já tomou café com leite e ela tá em 82. É medida de glicose de jejum. É como se a senhora não tivesse tomado nada.

Us. SVD: Eu fiquei de manhã...

Bruna: [interrupção e médica se dirige ao Fi] Então ela abaixa rápido.

Us. SVD: De manhã eu tomo café, só não tomo leite porque não gosto de leite. Até minha irmã falou, aquela que vem aqui, você tem que tomar leite. Ai eu falei: mas eu não gosto. Me embucha quando eu vou beber, não sei. Eu não gosto de leite não. E eu fico... Mas eu como. Eu faço bolo em casa, bolo caseiro em casa. Eu como bolo. Tem dias que eu faço um bolão assim e eu como sozinha, porque ele não gosta né. Aí eu como pão (Bruna: Uhum) e tomo café. O café é um pouquinho que eu tomo sabe é uma médinha assim.

Bruna: Café preto?

Us. SVD: Café preto, sem leite, sem toody nem nada.

Bruna: [sobrepõe-se à última frase da usuária] Só isso que a senhora toma?

Us. SVD: Só. E lá em casa não falta, é leite e toody essas coisas sempre tem. Mas eu não gosto. Eu acho que é isso também.

Fi: Às vezes eu faço vitamina lá pra casa eu tenho que dar o copo na mão dela, senão ela não pega.

Bruna: Nem iogurte?

Us. SVD: Ele fala assim: eu compro as coisas e a senhora não come. Mas eu não gosto. Eu sou mais um cafezinho.

Bruna: Pois é.

Us. SVD: E biscoito também, biscoito recheado eu gosto também.

Bruna: Igual criança.

Us. SVD: Igual criança. Eu tô lavando roupa e o pacote de biscoito do lado. [risos]

Bruna: Não, não tem problema só não pode exagerar né. Nada em exagero.

Us. SVD: É eu sei. E na hora do almoço eu como feijão, arroz. Eu não fico só no feijão, de jeito nenhum.

Bruna: E come direitinho?

Us. SVD: Como eu falei com você. Carne eu não ligo muito pra carne não.

Bruna: Carne vermelha ou qualquer carne?

Us. SVD: Qualquer carne. Carne de porco, galinha.

Bruna: Não?

Us. SVD: Galinha eu como, mas eu como porque eu, como você falou que tem que comer a carne né. Nem que seja um pedacinho.

Bruna: Nem que seja um pouquinho. Não deixa de comer não, se tem preferência por frango, por galinha, usa mais galinha.

Us. SVD: Galinha né?

Bruna: É, não tem problema nenhum.

Us. SVD: Eu gosto de comprar carne de boi e gosto de fazer assada.

Bruna: Ótimo, então quando fizer faz assada, mas não faz do jeito que a senhora não gosta de comer. Porque se não, não vai adiantar.

Us. SVD: Ou senão bife daquela carne bem molinha, mas passa pra lá e pra cá, mas carne muito frita não.

Bruna: É né, imagine o churrasco dessa pessoa, mugindo. [risos]

Us. SVD: E pra mim comer, eu gosto de falar logo é desse jeito (Bruna: Hã) ou banana prata, se não tiver, por acaso faltar banana faço suco pra mim comer com feijão. Que coisa né!

Bruna: Suco pra comer com feijão? Como assim? Não entendi.

Us. SVD: Boto a colherada de feijão na boca, outra de suco e mastigo. É verdade ou não é? [dirige-se ao filho que confirma]

Bruna: Que coisa interessante. Essa eu nunca vi não.

Us. SVD: Eu tenho que falar com ela. Mas é gostoso menina.

Bruna: É?

Us. SVD: Eu tenho que comer a comida com um negócio doce.

Bruna: Sabe o que a senhora pode comer? Passas. Por que passas não perde.

Us. SVD: Comer o quê?

Bruna: Passas. Não tem uva passa (Us. SVD: Hum) [parecendo não saber do que se refere] Você pode pegar, você pode guardar, você usa a banana no dia que não tiver a banana você tem a passa. Ela não estraga porque ela é ressecada. Ela é desidratada. Aí joga um pouquinho na comida e a senhora vai sentir o doce que a senhora sente falta. E é ótimo pro intestino.

Us. SVD: É mesmo! Eu tô precisando mesmo.

Bruna: Que aí você já agiliza os dois lados.

Us. SVD: E outra. E essas manchas que eu tenho nos braços assim ó. [mostra à médica] Eu tô usando creme, desde o dia que você falou comigo (Bruna: Pois é... Hã fala) [parece querer interromper, mas desiste] eu tô usando.

Bruna: Não tem nenhuma mancha aqui que seja perigosa tá. Isso aqui é mancha de sol, o sol todo da vida, que eu acho que já devo ter comentado com você. Mas não tem nenhuma lesão, toda a vez que tiver uma lesão "caracachenta" a senhora tem que me mostrar. Aqui não tem nenhuma não.

Us. SVD: E quando eu tomo... Quando eu às vezes eu, até na testa tem.

Bruna: Tem, mas nenhuma delas precisa de tratamento correndo ou coisa assim.

Us. SVD: E quando eu tomo um susto, quando eu sei de uma notícia que não me agrada aí cresce. Fica aquela manchona assim no braço.

Bruna: Você sabe por quê?

Us. SVD: Por quê?

[um membro da equipe de saúde interrompe a consulta]

Bruna: Continuando.

Us. SVD: Pois é, quando eu tomo um susto assim, (Bruna: Hum) aí a mancha espalha. Dá aquela manchona assim no braço, aquela manchona roxa. Depois vou passando creme, passando creme, aí ela vai embora, some. Fica só essas miudinha.

Bruna: Entendi. [já sem muito interesse pelo conteúdo verbalizado pela usuária] Me diz uma coisa Dona [nome da usuária] é... Não tem a ginkobiloba que eu passei pra senhora, o remédio, melhorou a tonteira ou não melhorou a tonteira?

Vimos que a usuária teve um espaço maior para se manifestar nessa consulta, foram poucas as interrupções até aqui. Contudo, a médica tendeu a negligenciar informações dadas pela usuária principalmente quando tinham um cunho supostamente emocional. A usuária, por duas vezes, sugeriu que alguns dos sintomas relatados poderiam estar atrelados a aspectos relacionais de sua vida emocional. Nos dois momentos, a médica ignorou a associação e não aprofundou a investigação. Quanto à tonteira, resolveu explicar sua teoria sobre a origem do sintoma, assumiu tom pedagógico acompanhado de diminutivos como se estivesse falando para um público infantil. Sobre as manchas mencionadas pela usuária, a médica preferiu ignorar e desviar a consulta para a direção que achou conveniente. A médica assim, não acolheu a todas as falas.

Em outros momentos, pudemos verificar que o tom mantido foi maternal. Isso ocorreu na passagem em que a médica cobrou da usuária a adesão ao exercício físico. Como possivelmente já era algo acordado em consultas anteriores e a usuária não seguiu as recomendações, a médica lhe chamou a atenção da seguinte maneira: “Ó a surra hein! Ó a surra!” Esses elementos, juntamente com o uso massivo de diminutivos e a comparação clara da usuária com uma criança, quando a médica verbaliza: “Iguar criança”, reafirmam a ideia de infantilização. Esse é o aval para a médica assumir o controle da interação. A ela são dados o poder e o saber para tal, uma vez que o outro com quem se relaciona não é julgado capaz de participar da construção de respostas para o seu problema.

A todo o momento, houve tentativa de conversão da usuária pela médica. Esta tentava convencer aquela sobre a importância de fazer exercícios e sobre um comportamento alimentar mais adequado, de acordo com a sua avaliação.

Apresentou outro resultado à usuária, relativo à glicose, apontando que estava normal, ainda assim insistiu nas recomendações alimentares com a finalidade de controlar essa taxa. O foco esteve nas queixas consideradas relevantes para a médica. No momento em que a usuária manifestou que se sentia “nervosa”, “estressada” e com “raiva” a médica ignorou as queixas e migrou rapidamente para um conteúdo de seu interesse.

Foram observados alguns marcadores de responsividade como “uhum” e “hum” que em uma interação sugerem certo interesse do receptor às informações dadas pelo emissor. Nesse caso, esses marcadores foram expressos ora como sinal de interesse pela fala da usuária, por serem acompanhados de outros elementos não verbais como olhar mais atento e afirmações com a cabeça, ora como demonstrações de atenção compartilhada (talvez de atenção simulada), uma vez que ocorriam quando a médica consultava os exames ou digitava informações no prontuário. A agitação emocional também marcou esse atendimento. Normalmente essa médica se apresentava bastante contida em seus gestos, comportamento não verificado nesse atendimento. Ela levava a mão à boca, levava a mão esquerda no queixo, apertava os lábios um contra o outro, mexia vigorosamente na caneta. Diante das informações levantadas, emergiram os Temas 20 (a dominância do “modelo de palestra”); 21 (a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos); 24 (infantilização dos usuários); 25 (atendimentos com tons maternal e pedagógico) e 28 (a esquiva de assuntos emocionais).

Seguimos com o atendimento do médico Clemir à usuária SVD. Como vimos ele foi mais objetivo, preocupando-se em investigar, de imediato, a queixa da usuária. Interrompemos o relato da interação no momento em que o médico perguntava sobre o motivo da procura da usuária pelos serviços de saúde.

Us. SVD: É porque tem mais ou menos uns 15 dias que tá batendo algo que parece que vai parar esse lado aqui. E a lágrima do olho dessa parte aqui chega a descer, de tanta dor que eu sinto desse lado aqui assim.

Clemir: Mas a dor é no tórax? Não é na cabeça não?

Us. SVD: Não é aqui assim, nessa parte aqui toda.

Clemir: Na cabeça também?

Us. SVD: É. A cabeça parece que vai explodir, só esse lado.

Clemir: Tá e a pressão? Você toma remédio de pressão né?

Us. SVD: Não, não tô tomando não. E umas verruga também doutor, que tá saindo no meu corpo aí fica assim ó. Ela sai, coça e aí vira ferida.

Clemir: Peraí, tem que chegar perto de você. Você tem asma?

Us. SVD: E como se não bastasse a asma também.

Clemir: Você veio por que hoje?

Us. SVD: Por causa dessa dor que eu tô sentindo, aí eu falei com as meninas que tá atacando ultimamente a asma. [silêncio prolongado, médico consulta prontuário]

Clemir: Eu tô vendo aqui que você tomava Lozartan. Onde foi parar o Lozartan?

Us. SVD: O da pressão?

Clemir: É.

Us. SVD: Eu tomei um tempo atrás.

Clemir: Muito tempo atrás! [com ênfase] Por isso tá disparada a pressão né. Tá 18/10 [silêncio prolongado, médico consulta o prontuário] Tem quanto tempo que você não toma remédio de pressão [nome da usuária]?

Us. SVD: Eu sei que outro dia fui parar no P.A. porque...

Clemir: [interrupção] Mas tem quanto tempo que você não toma, que eu não entendi?

Us. SVD: Ah eu não sei, tem tempo já.

Clemir: Tem tempo né. [silêncio prolongado] É o quê? Dor na n... Em todo o lado direito né? Mas os braços também?

Us. SVD: Também. É estranho, eu não sei. É uma coisa...

Clemir: [interrupção] Aqui, por exemplo.

Us. SVD: Aham, também.

Clemir: Aqui tá doendo. [aponta em si os lugares para orientar a usuária]

Us. SVD: Não, assim, agora não. Eu tô falando assim, ontem mesmo eu chegava a chorar, no caso porque bate aquela dor aqui assim e começa tudo a doer. É mais essa parte, aí eu fico com medo porque é... Minha mãe começou com umas dores e foi lá falar com a gente que ela caiu e morreu. Aí eu fico com medo.

Clemir: Dimídio direito... [pronuncia em voz alta o que redige no prontuário] É tem que ter medo mesmo.

Us. SVD: Há muito tempo eu sinto dor na cabeça, já fiquei internada, mas nunca fiz nada. Negócio de exame nada na cabeça. E há uns dois meses atrás eu perdi uma tia com câncer no cérebro aí quer dizer...

Clemir: Peraí tem que ir por partes. Tudo bem, isso tudo você tem que me relatar. Quem teve câncer, essas coisas todas. É importantíssimo. Você me relatar, entendi, mas vamos por partes. Hoje você tá com asma né, tá com falta de ar. [silêncio breve, médico redige informações no prontuário] Isso é importante, não tô...

Us. SVD: Eu sei. [agora em voz baixa, quase inaudível]

Clemir: Tá, aí é agora tá com essa dor aí do lado direito não né?

Us. SVD: Na hora que ela tava medindo minha pressão...

Clemir: [interrupção] Tava né.

Us. SVD: Eu senti a dor, até falei com ela e ela falou: não, fala com seu médico.

Clemir: Uhum, tá sem anemia. [confere exames] Esse é de 2012 né, tem um mais recente? [entra uma menina na sala e depois de alguns minutos ele pergunta: Ela é o que sua?]

Us. SVD: Ela é minha filha.

Clemir: Filha né. Glicose normal. Triglicerídeo, tá um pouco alto o triglicerídeo. Gordura né. [silêncio prolongado, médico continua a verificar os exames] Tudo normal. Só o triglicerídeo na verdade, o triglicerídeo que tá alto, só isso. Quanto tempo tá assim atacado a asma?

Us. SVD: Começou ontem.

Observamos que a usuária SVD chegou ao consultório queixando-se de diversas dores. Ao longo do atendimento, foi relacionando-as a perdas de

pessoas significativas para ela como a mãe e a tia. Comentou que sua mãe havia manifestado as mesmas dores antes de falecer e temia que o mesmo ocorresse com ela. Era possível que suas dores se relacionassem a algum aspecto afetivo. Esse fato foi ignorado pelo médico e a usuária continuou a relatar outros sintomas, enquanto o médico redigia as informações que selecionava no prontuário. O médico não só não acolheu a preocupação da usuária como ainda aproveitou para afirmar seu discurso de autoridade dizendo: “É, tem que ter medo mesmo”. Ela foi interrompida algumas vezes. As interrupções tiveram o efeito de direcionar e delimitar a fala da usuária. Em uma dessas vezes disse: “Peraí tem que ir por partes”. Diante da profusão de sintomas o médico já esboçava certa impaciência. A consulta seguiu.

Verificou os exames levados e concluiu: “Tudo normal”. Embora a taxa de triglicerídeos fosse considerada alta pelo médico, pareceu não atribuir tanta importância a ela na manifestação dos sintomas. Continuou a investigar um diagnóstico já consolidado da usuária, sua asma. O médico apresentou-se bastante centrado na objetividade dos sintomas conduzindo a entrevista aos moldes de um inquérito. Assumiu tom alto e impositivo de voz, por diversas vezes. E a partir desses recursos condicionou o ritmo do relato da usuária, selecionando apenas os sintomas que lhe interessavam. Ignorou a fala e desqualificou o sofrimento da usuária visivelmente quando perguntou por duas vezes a razão da presença dela naquele dia na Unidade, mesmo tendo ela relatado diversos sintomas que a incomodavam e que poderiam ser a justificativa necessária.

Em determinado momento da consulta, a usuária já parecia se sentir tolhida e recuou na argumentação emitindo sua voz quase em tom inaudível. Isso aconteceu depois de uma interpelação do médico no sentido de direcionar a fala dela. Disse que deveria “ir por partes” e justificou que o relato era importante, mas não para aquele momento. Ela concordou com frase curta e tom de voz baixo. Depois disso, passou a ser mais breve respondendo apenas o que o médico perguntava. O médico nutriu certa informalidade ao se referir à usuária por seu nome, sem qualquer pronome de tratamento. A partir de mais esse recorte do atendimento podemos destacar os Temas 21 (a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos), 23 (a entrevista clínica como um interrogatório), 28

(a esquivar de assuntos emocionais), mencionados em momentos anteriores, e 29, descrito a seguir:

- Tema 29: frente a possíveis usuárias SVD, médicos manifestavam afetos negativos como impaciência e enfado.

A próxima interação diz respeito à médica Daniela com a jovem usuária SVD. No tópico anterior, a médica iniciava a investigação quanto aos sintomas percebidos pela usuária. Segue o relato:

Us. SVD: Tudo. Mais ou menos. Muita dor de cabeça eu tô sentindo. Dor de cabeça, dor de ouvido. Porque eu tenho sinusite e ela vai e volta, vai e volta.

A. [estagiária de medicina]: Quando começou a sentir isso?

Us. SVD: Ontem mesmo. Dói mais aqui assim.

A. [estagiária de medicina]: Deu febre?

Us. SVD: Não, só dor de cabeça mesmo.

A. [estagiária de medicina]: E o nariz, tá entupido?

Us. SVD: Eu tô gripada só e tossindo.

B. [estagiária de medicina]: Tá gripada? E garganta tá doendo?

Us. SVD: Não, só tô com muito catarro preso.

A. [estagiária de medicina]: Quando tá tossindo sai catarro?

Us. SVD: Aham.

A. [estagiária de medicina]: De que cor?

Us. SVD: Verde mesmo.

Daniela: Você fuma [nome da usuária]?

Us. SVD: Não.

[silêncio prolongado, médica auxilia estagiária B. na digitação de informações no prontuário]

Daniela: O nariz que dá agonia né?

Us. SVD: Tô sentindo muita dor aqui também [aponta para a região da barriga], aqui assim ó. [silêncio breve] Deixa eu te falar é normal meu umbigo sai assim uma massa branca. Aí eu limpo, tomo um banho, limpo enxugo, mas mesmo assim. Aí volta aquela água, aquele cheiro ruim. Sai uma massa branca sai. Que eu tomo banho, limpo e enxugo daí daqui há pouco já vem aquela água não tem? Aquele cheiro ruim.

Daniela: O umbigo é uma cicatriz que a gente tem do cordão umbilical e às vezes fica um pedacinho dentro e dá uma “fisturizada”.

Us. SVD: Mas sai uma massa grande, sai. Branca.

Depois do breve esclarecimento a médica conduziu a usuária ao exame físico que será mais bem detalhado no próximo tópico. Por ora o que podemos delinear a respeito dessa interação é que a abordagem esteve restrita aos sintomas. A entrevista seguiu o modelo de perguntas diretas e objetivas e respostas, algo que circunscreveu a investigação a um assunto específico. A informalidade se fez presente quando para se dirigir à usuária a médica se valeu do nome desta. Houve dois momentos de silêncio, um breve e outro prolongado. O breve foi rompido pela usuária que reivindicou seu espaço de fala e de escuta dizendo: “Deixa eu te falar”. Com essas informações evidenciou-se o Tema 23 (a entrevista clínica como um interrogatório).

No último atendimento, relaciona-se a médica Elvira e uma usuária SVD mais velha. A usuária chegou apresentando os exames solicitados anteriormente pela médica. A partir disso, a interação se desenvolveu.

Us. SVD: Eu vim trazer os exames que a senhora pediu né. Fiz mais depois que eu achei que não tava bem ainda. Peguei, vim aqui e eles me deram outro exame pra fazer.

Elvira: Achou que não tava o quê?

Us. SVD: Achei que tava queimando, sentindo dor. Ai eu fiz, ela pediu cultura.

Elvira: [a fala dela se sobrepôs ao último trecho enunciado pela usuária] Ah tá. [silêncio breve]

Us. SVD: Agora eu tô com um herpes na polpa da bunda, de novo. [expressa certa raiva]

Elvira: Herpes?

Us. SVD: É.

Elvira: Oh meu Deus! Tá coçando, tá doendo.

Us. SVD: Não ele coça, dói, queima, tudo de uma vez só. Só que é pequ...

Elvira: [interrupção] É muito grande?

Us. SVD: É pequenininha dessa vez. Mas então ela tá pequena, quando ataca mesmo eu tenho que tomar remédio senão eu não aguento não.

Elvira: Tá estressada?

Us. SVD: Hum?

Elvira: Estressada?

Us. SVD: A gente fica estressada.

Elvira: Ela aparece quando a senhora tá mais estressada, não é?

Us. SVD: É. De vez em quando eu tô assim triste também. Deprimida.

Elvira: A senhora tá deprimida?

Us. SVD: Tô. Eu não sei porquê, mas dá vontade só de chorar.

Elvira: Ué, mas o que que aconteceu pra senhora tá desse jeito? [pergunta enquanto verifica informações no sistema]

Us. SVD: Eu fico muito sozinha, sabe. Eu vivo naquela casa sozinha. Não gosto de tá andando muito, sabe por causa dos problemas meus. Acabo ficando triste.

Elvira: Mas e a família da senhora?

Us. SVD: Ah, meu filho mora tudo longe, não vêm me visitar nem nada.

Elvira: [sobrepondo à última frase] Moram onde os filhos da senhora?

Us. SVD: Uma filha mora lá em [nome de um bairro], outro mora lá em [nome de um bairro] Aquele filho homem é um filho bom, só que ele não vem assim me visitar não, sabe.

Elvira: Uhum.

Us. SVD: Não vem de jeito nenhum, só se precisar. Aí eu falo [nome do filho da usuária] vem cá que eu tô precisando de você, aí ele vem. Mas, senão não vem. E a outra, ela vem final de semana ficar aí comigo, mas ela não conversa comigo, adianta?

Elvira: Não conversa?

Us. SVD: Conversa não. Ela é aquele tipo de filho que só quer mãe sabe pra quê? Pra chegar numa casa pra comer e dormir, mais nada. Se eu abrir minha boca, tô errada. Aí o pau quebra, sabe. Então é melhor nem vim, sabe.

Elvira: Então a visita se torna até um inferno né.

Us. SVD: E assim vai magoando a gente né. Magoa porque vem na casa da gente só pra comer e dormir e não pra conversar comigo? Logo chega vai pra casa da vizinha. Parece que a vizinha é melhor que a mãe, sabe [...] A roupa dela ela mora lá mas eu continuo lavando. Fazendo...

Elvira: [interrupção] Mas a senhora tá permitindo que isso aconteça né. A senhora tá permitindo isso.

Us. SVD: Tô permitindo mesmo, porque se eu largasse logo pra lá de uma vez né.

Elvira: Aí ela não viria mais e a senhora ia ficar se sentindo mais só. A senhora tá só, do mesmo jeito né pelo que a senhora tá falando.

Us. SVD: Semana passada ela ligou pra mim, só porque eu fui lá pra casa do meu filho e como ela não tá, aí ela chegou em frente ao Detran, foi olhar pro cachorrinho que tava no meu colo dentro do carro bateu no carro e eu vi a hora dela bater nos outros do lado. Aí eu cheguei em casa, liguei pro meu filho e falei né: houve um acidentezinho pouco, mas não aconteceu nada. Aí fui falar com ela que tinha falado. Menina aquela menina escapou de me comer porque eu falei isso com o meu filho, o irmão dela! [com indignação] Ela disse que eu se meto na vida dela, que eu se meto nos problema dela. Tem alguma coisa eu falar isso com ele, com meu filho, poxa, que era irmão dela, que ela bateu o carro?

Elvira: É. O carro é dela? É de quem?

Us. SVD: É dela. Mas poxa, isso é se meter na vida de um filho? Eu acho que não.

Elvira: Oh A., a senhora já experimentou, eu não sei se a senhora frequenta aqui, o grupo dos idosos?

Us. SVD: Não, aqui não.

Elvira: É bem bacana.

Us. SVD: É.

Elvira: É muito legal, porque a senhora tá precisando de companhia. Não é? Tem o grupo da terceira idade aqui, se eu não me engano é toda a quarta-feira. Procura saber direitinho, não sei se tem aqui, mas lá na frente: quando que é o grupo? Aí o pessoal borda, cada um tem um... um... né, cada um sabe fazer uma coisa, cada um tem uma aptidão, uma coisa diferente. Um ensina o outro a fazer as coisas diferentes. Agora mesmo vai ter a festa junina da Unidade, que o grupo de idosos vai dançar quadrilha. [a enfermeira entrou no consultório e nele permaneceu]

Us. SVD: O problema que tudo que eu faço é sofrendo, sabe.

Elvira: Não, mas não fique sofredora desse jeito não. Por que todo mundo na verdade, quem disser que não tem problema, todo mundo tem.

Us. SVD: Tem claro que tem.

Elvira: Mas se a gente ficar remoendo é pior, então se a senhora vai pra um grupo desse, a senhora vai se distrair um pouquinho. A senhora vai pensar outras coisas, não vai se sentir tão só. Não é verdade?

Us. SVD: É.

Elvira: Já basta as dores que a senhora tem por causa da osteopenia né, que a senhora tem né, de densidade óssea baixa, pressãozinha aqui da senhora é alta, não é verdade? Então a senhora já tem que tomar os remedinhos que tá tudo em dia, graças a Deus. Além do que, tô vendo aqui que o seu triglicerídeo tá alto.

Us. SVD: Ah mas o meu triglicerídeo subiu mesmo. Foi naquele dia que eu tava com dengue e eu não tomei remédio nenhum.

Elvira: A senhora parou de tomar o remédio? Até a glicose da senhora deu um pouquinho alterada dessa vez.

Us. SVD: Pois é, mas é porque aí eu não tava tomando nada. Nem o remédio de pressão eu tomava, se você quer saber.

Elvira: Mas, não mas tem que tomar.

Us. SVD: Aí passou a dengue, que eu melhorei lá do negócio aí eu comecei a tomar. Até a minha barriga abaixou. O triglicerídeo eu sei quando tá alto porque minha barriga fica deste tamanho.

Elvira: Uhum [enquanto digita informações no prontuário] Cresce a barriga, porque é gordura né e açúcar também. É isso que tá refletindo na glicose que tá aumentando também. A senhora não quer se tornar diabética né, de jeito nenhum!

Us. SVD: A glicose tá em quanto?

Elvira: Hoje deu 140.

Us. SVD: [interrompe a médica] Mas também meia hora antes de eu medir isso aí eu tomei um pedaço de bolo, deste tamanho com café com leite. [risos]

Elvira: Mas não era pra tá alta desse jeito. Então, a senhora já tá quase ficando diabética.

Us. SVD: Deus que me livre! Diabética, mais uma coisa também, aí eu...

Elvira: [interrupção] Aí, não! Aí nada, a senhora para de show hein!

Us. SVD: Vou parar de comer de tudo, ficar sem comer logo.

Elvira: A senhora come muito doce? Fala sério!

Us. SVD: Como nada. A única coisa de doce que eu como é um pedaço de bolo, de vez em quando. Lá de vez em quando eu faço.

Elvira: A senhora bebe café?

Us. SVD: Café, eu não bebo nada. Eu não faço nada que possa me dar isso. É café só que eu tomo, mas não é muito também não.

Elvira: Mas isso aí deve tá na genética da senhora.

Us. SVD: É, minha mãe morreu por causa disso.

Elvira: É sua mãe né.

Us. SVD: Aí deu queda de pressão, deu enfarto, morreu.

Elvira: Pois é, aí tem que tomar cuidado.

Us. SVD: Mas morrer faz bem. [risos]

Elvira: Como assim?

Us. SVD: Dra. Elvira, eu não tenho medo de morrer não.

Elvira: Tudo bem, mas não vai antes do tempo não tá.

Us. SVD: Eu tenho medo de sofrer, de morrer não. A fisioterapia que me mandaram fazer. Marcaram dia 23 de julho (Elvira: Tem que fazer!) Só que é lá em [nome de município vizinho]. Eu tenho dinheiro pra poder ir lá? Eu não tenho dinheiro pra ir lá fazer fisioterapia. Eu vou ficar sem fazer.

Elvira: Dinheiro de passagem? Mas por que que não tem?

Us. SVD: Gente eu recebo R\$ 500,00 por mês e...

Elvira: [interrupção] Mas a senhora não tem direito a passe livre não?

Us. SVD: Tem não. A mulher que me deu o papel, fui lá pra mim ver se liberavam o passe pra mim, só libera pra quem é aleijado e pra quem é não sei o que lá.

Elvira: Mas não tem um negócio pra quem é acima de 60 anos? O Estatuto do Idoso não tem? A senhora tem direito.

Us. SVD: Porque lá na SETURB é só acima de 65. Eu fui lá na SETURB, gastei dinheiro pra ir lá umas três vezes, não liberaram.

Elvira: Procura a assistente social pra saber direitinho com a assistente social, tem duas agora. Não é possível uma coisa dessas. Fala com elas entendeu, explica a situação da senhora que a senhora tá sem... Procura a assistente social.

Us. SVD: Eu fiz até perícia. Até perícia eu fiz lá na SETURB pra ver, mas ele não liberou não. É só depois de 65. Ali como é um posto perto da minha casa eu vou lá ver, mas se fosse pra gastar dinheiro de passagem de novo eu não ia não. Eu vou ficar...

Elvira: [interrupção] Explica... Olha só, explica pra elas lá na assistente social que a senhora tá com esse problema. A senhora é... não reclama antes do tempo não. [risos] Corre atrás do prejuízo antes de...

Us. SVD: [interrupção] Eu já corri atrás a menina não liberou. [fala com ênfase]

Elvira: [sobreposição à última frase] Tudo bem, agora eu tô te dando... [o despertador dela toca e ela se desculpa] Ele sempre toca essa hora pra avisar que eu tenho que ir para outro posto de saúde daqui a pouco. [risos] [atende o telefone em seguida e diz : Agora eu não posso minha querida, agora tá periclitante aqui]

Us. SVD: E aí, como é que vai ficar esse negócio dessa glicose alta. [com certa impaciência] Vou ter que tomar remédio?

A médica chegou a assumir tom pedagógico e fez uso de diminutivos como: “direitinho”, “pouquinho”, “pressãozinha” e “remedinhos”. Em alguns momentos foi impositiva. Quando a usuária começou a desenvolver seu relato, a médica lhe dirigiu um olhar atento, balançou a cabeça como sinais de que prestava atenção. O olhar atento não foi observado muitas vezes. Durante o atendimento, constatou-se mais olhares difusos, mais fixados no monitor e nos exames apresentados que na usuária. Quando a usuária relatou ter herpes, a médica encorajou-a a pensar sobre elementos afetivos que pudessem estar envolvidos na manifestação. Sugeriu, com isso, uma hipótese de etiologia emocional.

Abriu espaço para que a usuária pudesse relatar conteúdos de sua vivência cotidiana que lhe incomodavam. A usuária assim se declarou deprimida, enunciando alguns sintomas. A médica preocupou-se com aspectos contextuais relacionados a essa queixa. Assim, pôde recomendar como intervenção o Grupo de Idosos da Unidade (Grupo constituído por mulheres idosas que se reuniam, uma vez por semana na Unidade, para oficinas de artesanato e educação em saúde). Recrutou recursos não medicamentosos para lidar com a situação. Contudo, não detinha muito conhecimento a respeito do grupo o que a levou a uma apresentação superficial da atividade, como se a função do grupo fosse apenas “distrair”.

Depois disso, passou a deixar de ser empática, como se o discurso da usuária a enfiasse. Quando a usuária verbalizou que fazia as coisas com sofrimento a médica não acolheu a queixa e mais a descreditou dizendo, em linhas gerais, que todas as pessoas tinham problemas. O tom impositivo começou a acompanhar as verbalizações da médica sob a forma das seguintes frases: “Tem que tomar”; “Tem que fazer”. Além disso, chega a amedrontar a usuária quando alerta em tom de ameaça: “A senhora não quer se tornar diabética né, de jeito nenhum!” Houve algumas interrupções no sentido de ditar o ritmo de emissão das informações e de chamar a atenção da usuária para algumas questões como, por exemplo, o comportamento indesejado que, de acordo com a médica, a usuária alimentava na filha. A usuária, por vezes, voltou-se para a pesquisadora a

fim de falar mais a respeito de sua situação, uma vez que parecia não encontrar na médica a atenção de que precisava.

Quanto à agitação emocional que deflagrou certa ansiedade por parte da médica, foram observados os seguintes comportamentos: gesticular bastante, levar a mão direita à boca, mexer nas duas mãos, entrelaçar os dedos das duas mãos. Por duas vezes, a usuária foi repreendida pela médica, de maneira sutil, sutil porque embora tenha sido clara e verbalmente sempre era acompanhada de risos, o que suavizava a situação. Chegou a falar para a usuária: “Aí, não! Aí nada, a senhora para de show hein!” Isso diante da demonstração de derrotismo da usuária ao descobrir que estava com uma de suas taxas altas e que poderia desenvolver mais uma doença crônica. A verbalização da médica leva a considerarmos, que ela pode ter identificado como algo implícito no discurso da usuária a possibilidade de suicídio. Isso pode tê-la assustado e tal afeto ter sido manifestado por meio do trecho “para de show”.

A usuária reclamava durante toda a consulta, não sem motivo. No entanto, parecia que as queixas eram encaradas como excessivas pela médica: “A senhora é... não reclama antes do tempo não. [risos] Corre atrás do prejuízo antes”. Havia certa impaciência nessas intervenções. Diante disso, a usuária reafirmou que correu atrás e que não obtivera sucesso. Nesse momento, a médica mostrou à usuária que não reconheceu os esforços empreendidos por ela tampouco acolheu as dificuldades pelas quais havia passado. Logo após essa situação, o celular da médica disparou o alarme e depois tocou. O assunto se dissipou, todavia a usuária já parecendo incomodar-se com as interrupções à consulta resolveu assumir a condução dela. Ela passou a cobrar da médica uma intervenção quanto ao problema da taxa de glicose. Através desse relato chegamos aos Temas como a presença de tensão na relação com usuários (Tema 14); a agitação emocional diante das usuárias SVD (Tema 26); a tendência a duvidar dos sintomas das usuárias SVD (Tema 27); a manifestação de afetos negativos (Tema 29), presentes no Apêndice D e o Tema seguinte:

- Tema 30: a percepção dos médicos de que os usuários queixavam-se desproporcionalmente e sem razão;

No próximo tópico, seguindo a ordem anteriormente mencionada, apresentaremos os recortes relativos ao momento de exame físico. Iremos reparar que ele, na maioria dos casos, se constituiu como único momento de toque físico entre médicos e usuárias.

2.8.3. O momento do exame físico

Iremos verificar, na sequência do atendimento da médica Amanda à usuária SVD, que o momento do exame físico propiciou um leve toque na testa da usuária. Os demais elementos que compreendiam o exame físico ficaram por conta da estagiária de medicina, orientada pela médica a concluí-los.

Us. SVD: Isso já tem dois anos. Deve ter uns dois anos já isso. O que incomoda mais é esse calafrio, essa dor no peito. [enquanto a usuária fala a respeito, a médica solicita à estagiária o estetoscópio e pede para que ela a examine] Não consigo dormir de noite também.

Amanda: Vamos ver se tem alguma coisinha ali de cera. Isso daqui, [referindo-se à saliência na testa da usuária] a gente tem um musculozinho dessa região quando fica mais tenso pode tá formando esse calombozinho aí. Ele é bem movelzinho.

Us. SVD: É pequenininho.

Amanda: É bem debaixo da pele só entendeu [esclarece à usuária enquanto examina a saliência em sua testa] [silêncio prolongado enquanto digita informações no prontuário] Coça o ouvido também?

Us. SVD: Coça.

Vemos que o momento foi breve. A médica nem ao menos se levantou da cadeira para examinar a usuária. Bastou inclinar-se para frente na tentativa de superar a barreira disposta entre ela e a usuária, a mesa. O exame se restringiu à verificação do ouvido e da saliência, fruto da queixa da usuária. A médica manteve um tom pedagógico e consolidou o traço de infantilização quando utilizou muitos diminutivos: “coisinha”, “musculozinho”, “calombozinho”, “movelzinho”. Observamos que a queixa em relação à saliência foi resolvida para a médica. Ela constatou que era algo normal e por isso, não se preocupou com a repercussão dessa saliência na vida da usuária. A usuária também aproveitou para introduzir mais um sintoma. Ela enfatizou o fato de não estar conseguindo dormir à noite. A

médica ignorou e se voltou para exploração dos sintomas físicos. Vimos que a médica manteve uma escuta seletiva, centrada mais na enfermidade que naquele sujeito que estava diante dela. Houve um momento de silêncio prolongado, rompido pela médica ao indagar detalhes sobre o problema do ouvido da usuária. Ainda nesse período identificamos Temas recorrentes como a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos (Tema 21) e a infantilização dos usuários (Tema 24).

O momento de exame da próxima consulta entre Bruna e a usuária SVD atendida, não ocorreu de maneira tradicional. Observou-se que a interação caminhava para o fim, quando a usuária SVD emitiu uma queixa nova que conduziu a médica ao exame físico. Não fosse a iniciativa da usuária quanto ao relato do sintoma, o atendimento seguiria sem o cumprimento dessa etapa-padrão. Por essa razão, o exame ocorreu próximo ao término da consulta. Os trechos que o representam foram destacados e transportados para esse momento, sem prejuízo à análise. No tópico seguinte, que agrega o momento da prescrição ao da finalização da consulta, seguiremos a ordem cronológica dos acontecimentos.

Us. SVD: E esse ouvido aqui (Bruna: Hã) eu acho que ele é meio surdo.

Bruna: Ai, ai hein.

Us. SVD: Eu tenho que falar tudo com ela Fi. [dirigindo-se ao filho que recrimina a conduta da mãe em declarar mais um sintoma]

Bruna: Deixa eu te falar, esse aqui é o remédio que a senhora já usa tá. [examina] Licença. O que a senhora tá arranjando? Vira aqui mais um pouquinho um pouco. A senhora tá enfiando coisa aqui dentro é?

Us. SVD: Não sei.

Bruna: Não sei? Como é que é isso?

Us. SVD: Eu sei que esse ouvido é surdo.

Bruna: A membrana tá um pouco endurecida, mas tem um pouquinho de sangue, como se fosse uma feridinha de alfinete, de grampo.

Us. SVD: Mas faz muito... sabe com que eu limpo? Com cotonete.

Bruna: Oh mas você tá esfregando esse ouvido hein!

Us. SVD: Tem que limpar com o quê?

Bruna: Não, é com cotonete mesmo, mas não força demais não.

Us. SVD: Não, que você mesma já falou isso. Mas eu sinto que tem um negócio, uma bolinha que tem dentro, não sei.

Bruna: Tem. Mas não chega a ser uma bolinha não. É nessa região tá parecendo que a senhora tá empurrando ela, não?

Us. SVD: Não.

Bruna: Eu acho que tá querendo tirar e não consegue.

Us. SVD: Eu acho que se eu tirar eu (Bruna: Não, não. É como se fosse...) eu escuto bem.

Bruna: ...um calinho. Não adianta a senhora futucar não que ela não vai sair não, tá na pele. Não mexe não.

Us. SVD: Hein, aí eu tenho que falar tudo com você né. Minha doutorinha né, eu tenho que falar com ela.

Bruna: Isso aí.

Us. SVD: Eu tô sentindo as dores e não vou falar.

Bruna: Não, não pode deixar de falar não.

Nesse exame físico a médica levantou de seu lugar e foi ao encontro da usuária, solicitou a permissão desta para o exame e seguiu com a investigação do sintoma auditivo. Depois de a usuária ter enunciado o sintoma, a médica demonstrou certa impaciência, mas não de maneira clara. Ela abrandou seu tom, dando a conotação de brincadeira ao dizer: "Ai, ai hein". Tal expressão nos leva a crer que ela se chateou porque estava caminhando para o final da consulta, na expectativa de sanar as questões, quando a usuária abordou mais um sintoma a ser investigado.

Houve algo curioso nesse relacionamento acerca das crenças e ideias que os usuários nutriam sobre médicos. Elas foram refletidas na seguinte frase enunciada pela usuária: "Minha doutorinha né, eu tenho que falar tudo com ela". Por esse trecho, podemos inferir que à categoria médica é atribuído um lugar de

autoridade. Cabe a essa categoria saber sobre todo e qualquer detalhe da vida das pessoas para que possam arbitrar a respeito. Evidenciou-se assim, mais uma vez, a tendência a uma cultura médico-centrada no serviço. Todos esses aspectos apontaram para os Temas 12 (o lugar superior do médico na hierarquia dos médicos), 24 (a infantilização dos usuários) e 29 (a manifestação de afetos negativos).

No próximo atendimento, continuaremos a partir do momento em que o médico se interessa pelos sintomas de asma relatados. O médico Clemir anunciou então, que iria examinar a usuária. Seguem os relatos:

Clemir: Vou dar uma examinada em você. Agora você faz assim [nome da usuária] ó. Eu não tô conseguindo ouvir direito não, vou pedir pra você vir aqui. Você vai ter que tirar a camisa. Tira tudo, por favor. Respira pela boca e solta. Respira e solta. É assim ó, tá errado tem que ser com a boca aberta. Assim ó. [reproduz a atividade solicitada] Você tá com asma mesmo. [volta à sua cadeira] Corada... [redige no prontuário informações] Vai fazer a medicação aqui agora tá.

[o telefone celular do médico toca. Ele atende e diz que sua esposa tá passando mal e que precisa atender] Tá melhor, então tchau. Tá com dor de cabeça arretada também, tá vendo. É outra que não se cuida. [diz dirigindo-se à usuária, enquanto ela o observa em silêncio]

O momento de exame foi breve. Vimos que o médico foi o único a se pronunciar. Chegou a ser autoritário quando manteve um tom austero, demonstrou pouca empatia corrigindo a usuária de forma ríspida. Sustentou também um tom impositivo. Constatou que se tratava de asma como mencionado pela usuária e voltou à sua mesa, com o intuito de transferir ao prontuário o resultado de suas observações. O seu celular tocou e era a sua esposa se queixando quanto ao estado de saúde dela. Pareceu irritar-se com a postura da esposa e transferir esse afeto ao momento de consulta. Veremos no próximo tópico que tipo de comportamento foi disparado em relação à usuária depois da ligação. Com o observado até o momento vemos que podem estar associados ao conteúdo os Temas 21 (a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos) e 29 (a manifestação de afetos negativos).

O próximo atendimento diz respeito ao exame físico realizado pelas estagiárias A. e B., da médica Daniela. Ele foi sugerido depois que a usuária falou

sobre uma secreção que saía de seu umbigo. A médica convidou-a a ir para trás do biombo e assim observou as estagiárias de medicina realizarem o exame.

Daniela: Uhum. Então vamos examinar?

Us. SVD: É doutora a médica passou uma pomada aí eu tomo banho e passo, daí volta tudo de novo. [silêncio prolongado] Dói mais essa parte do ouvido.

Daniela: Dá pressão né?

Foi um momento breve em que as estagiárias realizaram o exame visando à investigação das queixas relatadas pela usuária. Elas examinaram o ouvido, o umbigo e auscultaram o pulmão. Tudo feito sob a supervisão da médica. Foram poucos os diálogos registrados nesse momento. A médica se comunicava bastante com as estagiárias enquanto a usuária era submetida ao toque das duas, algo que não foi possível registrar pela disposição da pesquisadora no ambiente.

A médica Elvira abdicou do exame físico à usuária SVD. Pareceu não considerar necessário, uma vez que detinha a relação de resultados de exames da usuária em suas mãos. No próximo tópico, seguiremos com as interações entre médico e usuária SVD. Apresentaremos trechos relativos ao momento da prescrição e à finalização da consulta. Por meio do conteúdo que os constitui, poderemos identificar mais elementos que facilitem a compreensão das representações sociais e práticas voltadas a esse público.

2.8.4. O momento da prescrição e a finalização da consulta

A médica Amanda passou a indagar a respeito da libido da usuária SVD. Depois do breve exame físico realizado e do direcionamento da entrevista para a investigação de sintomas relativos à possível hipótese de climatério precoce, a médica dirigiu o atendimento para o final. Iniciou as prescrições e os encaminhamentos.

Us. SVD: Não, acho que foi depois do bebê completar uns três meses. De três anos pra cá. Vai fazer um ano já que eu tô assim. Tô me sentindo

gelada, não tô com vontade nenhuma não. Aí eu faço as coisas por obrigação, não é por prazer.

Amanda: Vamos pedir uns examezinhos dos hormônios também pra ver o que que tá acontecendo tá, como é que a gente pode te ajudar.

Us. SVD: Aí tem aquelas desculpas que tá com dor de cabeça. E aí vai levando. [silêncio prolongado, médica digita no prontuário e imprime prescrições]

Amanda: É vamos ver se tem alguma alteraçãozinha que possa tá atrapalhando aí. [silêncio prolongado, médica digita informações no prontuário] Seu preventivo tá em dia?

Us. SVD: Eu vou fazer agora dia 25. Eu marquei, mas no dia que deu aquela enxurrada eu não vim.
[silêncio prolongado, médica providencia os encaminhamentos]

Amanda: Quando você sente essas dores, você vê que esquenta as juntas ou não? Fica quente onde dói ou não?

Us. SVD: Não, fica formigando, parece que vai, tipo parece que vai inchando. Aí eu começo a esfregar pra poder coisá, parar. [silêncio breve, médica continua a digitar] Mas também pode ser um pouco de estresse que eu trabalho com idoso e você tem que ter muita paciência. A mulher tem Mal de Alzheimer, esquece as coisas, pergunta dez, quinze vezes a mesma coisa.

Amanda: E insônia, tem tido? [embora a usuária tenha dado a informação anteriormente]

Us. SVD: Acordo de noite e fico acordada. Fico forçando dormir, mas não consigo. [silêncio prolongado, médica digita informações no prontuário]

Amanda: Você toma alguma coisa que te alivia a dor?

Us. SVD: Eu tomo direto assim, quando dói muito, eu tomo dipirona. Eu acho que alivia mais que paracetamol. Quando a dor de cabeça tá muito forte eu tomo dipirona.

Amanda: [silêncio prolongado, providencia as prescrições] Vamos ver se essas dores se justificam, com os exames, aí se der tudo normal a gente pode levar pra esse lado do estresse. Mas primeiro a gente vê se tem algum problema que pode tá relacionado. [silêncio prolongado, médica digita no prontuário]

Us. SVD: Você acha que menopausa dá assim, porque eu tô com 37 anos?

Amanda: Não é normal, mas é comum de acontecer em grande parte das pessoas tá. Mas não é, não é...

Us. SVD: Minha mãe entrou na menopausa eu acho, com 71, 72 anos...

Amanda: [interrupção] É, não é comum da gente ver, mas tem como tratar entendeu. Por isso que a gente tá pesquisando. [silêncio prolongado]

Us. SVD: E se esse caroço subir mais doutora? Vou ter que tirar ele daqui. [riso revelando desconforto]

Amanda: [ignora a fala]

Us. SVD: Vai subir mais do que isso... [fala ainda ignorada]

Amanda: Segura aqui. [silêncio prolongado, digita no prontuário e imprime prescrições] Que acabou que você veio com um bombardeio de coisas né! [risos] A gente tem que dar uma organizada pra ver o que realmente tá acontecendo. Então ó, com a ginecologista a gente vai ver essa parte desse calorão que tá dando, se não for hormonal a gente vai tá podendo medicar. Aí o que ela pode tá usando é só um tranquilizante ou um antidepressivo se os exames estiverem tudo ok. Mas aí você vai tá fazendo o preventivo, a gente vai tá pedindo o ultrassom pra ver como é que são os ovários também tá. E a gente vai ver essa parte também da, vamos fazer o raio x pra ver como é que tá essa parte de... Por que que você ronca? Por que você espirra? Se tem alguma alteração que a gente pode resolver, vou encaminhar pro otorrino, já que ele já vai olhar essa parte da audição também, fazer a audiometria pra ver se tá, se tem a perda. Eu pedi pra [nome da estagiária de medicina] ver se tinha alguma cera, porque isso também pode levar à diminuição da audição. Se tiver carne nessa região aqui também, tem uma comunicação, dessa região até no ouvido que pode diminuir a audição. Com o raio x a gente consegue ver se tem essa região aqui que tá afetada ou se você tem algum problema de audição mesmo. Só de não escutar.

Us. SVD: Aí dá essa sensação assim de que a cabeça fica pesada de que parece que dá uma pressão na cabeça.

Amanda: Exatamente. Então isso a gente tá tentando pra ver se acha. Quando você for no otorrino, já vai direcionado, com o exame certinho e já vai poder ver. Essa aqui você vai marcar lá na recepção. Os exames você vai marcar no laboratório, o raio x você vai marcar lá em cima. Só que você vai fazer o seguinte: o que você já tiver pronto, ficando pronto você já manda pra mim, pela agente de saúde. Que eu vou dar uma olhada nesses exames e se precisar eu vou te encaixar, porque não tem vaga que eu vou tá entrando de férias. Então o que já tiver ficando pronto você vai mandando que aí eu já olho na reunião de equipe tá. Se precisar eu já mando te chamar.

Us. SVD: A ultrassom também né?

Amanda: O que for saindo, você vai mandando.

Us. SVD: Pior se demorar né, porque demora pra caramba.

Amanda: Mas daí a doutora Daniela dá um socorro, mesmo que você mande ela dar uma olhadinha e se precisar ela te encaixa. Eu que tô adiantando pra você não ficar: Ai meu Deus! A doutora entrou de férias! E não conseguir. [silêncio prolongado, digita no prontuário e imprime prescrições] Aí independente de tudo que você começou aqui, eu vou tá te encaminhando pra homeopatia, porque pode tá, através da homeopatia tá te medicando de uma forma geral então, vai melhorar um pouco a sua ansiedade, a sua insônia, parte desses calores que tão dando à noite. Independente se for hormonal ou não e aí com a doutora [nome da ginecologista] acho que possa demorar um pouquinho. Não sei se a agenda dela tá aberta. E com os médicos homeopatas, você consegue uma vaga mais rápido.

Us. SVD: Mas conversar com homem é tão difícil doutora.

Amanda: Não, não, não, médica de especialidade. A maioria lá é mulher.

Us. SVD: Porque eu já fui em médico homem e eu fico toda sem graça.

Amanda: Ó, lá tem doutora [nome da médica homeopata], doutora [nome da médica homeopata] aí você pode tá pedindo pras meninas marcarem.

Us. SVD: Porque mulher você se sente mais à vontade pra falar as coisas.

Amanda: Não tem problema não acho que são 11 lá que tem, então você pode tá marcando, a maioria é mulher. [silêncio prolongado, digita no prontuário e imprime prescrições] Você trabalha por escala?

Us. SVD: Não.

Amanda: Todo o dia?

Us. SVD: Todo o dia.

Amanda: E não tem folga dia nenhum?

Us. SVD: Tenho, sábado e domingo.

Amanda: Então é de segunda a sexta. E tem outra pessoa à noite que te cobre?

Us. SVD: Tem o filho dela.

Amanda: E tem quanto tempo que você tá trabalhando assim?

Us. SVD: Vai fazer 10 anos.

Amanda: Com a mesma pessoa?

Us. SVD: É.

Amanda: Ela deve ter piorado bastante né.

Us. SVD: Muito, muito. Ela fazia tudo sozinha. Ainda ela toma banho sozinha né. Mas depois eu tenho que fazer tudo. Ela não sabe mais pegar uma roupa. Esses dia...

Amanda: [interrupção] Quando você foi pra lá ela já tava com Alzheimer?

Us. SVD: Não.

Amanda: Você ajudava a cuidar por causa da idade?

Us. SVD: É, mas assim eu cuidava mais era da casa. Quando saía é que ela não saía sozinha.

Amanda: Olha só, vamos marcar a homeopata pra tá vendo essa parte tanto da libido, dessa falta de vontade de ter relação, quanto dessa insônia, do calor pra gente não começar com medicação controlada pra você. Deixa eu passar aqui o otorrino pra gente fazer audiometria também. À noite, além do espirro tem a tosse?

Us. SVD: Não. É mais a gastura.

Amanda: Aí pra essa coceira, pra esse entupimento já vou tá passando um sprayzinho pra você aplicar à noite, independente de eu ver o raio x tá. E pra dor também. [silêncio prolongado, digita no prontuário e imprime prescrições] Aí o sprayzinho você vai tá aplicando dois jatos em cada narina, de manhã e de noite e o comprimidinho antialérgico vai tá tomando toda a noite. Então, esses dois você pega aqui na Unidade. Se tiver algum problema do spray tá em falta, mas chegou remédio ontem, você com essa receita na farmácia popular consegue pegar o sprayzinho de graça também. Tem que tá lembrando na farmácia porque às vezes eles dão uma enrolada. Aí você fala: - Aí é o programa de farmácia popular? Aí você vê lá na frente, independente de você ir no otorrino a gente vai tá usando essa medicação. Pra gente vê essa parte do calor, a gente vê os exames que eu já pedi, vamos marcar a doutora A. que tá aí com você. O otorrino você marca lá em cima e o homeopata também pra gente já ir tentando solucionar algumas coisas tua.

Us. SVD: Tá. É tanta coisa. A ultrassom você vai passar?

Amanda: Vou passar.

Us. SVD: Tem tanto papel que eu vou até me embolar com tanto papel.

Amanda: Deixa eu separar o que vai ser lá em cima. Ó esse aqui vai ser lá em cima na especialidade, lá no segundo andar. Esses dois aqui são no laboratório, esse aqui na farmácia. [silêncio prolongado, digita no prontuário] Você toma anticoncepcional?

Us. SVD: Tomo.

Amanda: Toma qual?

Us. SVD: Ciclo 21

Amanda: Até a parte de reumatismo eu tô investigando com esses exames por causa dessas dores que te apareceram assim. Pra ver se tem alguma inflamação ou alguma coisa assim, mesmo que não es quente... Esse aqui marca lá no segundo andar, junto. Deixa eu só ver se eu te dei da doutora A. naqueles do segundo andar. Esse é lá na recepção. Esse aqui especialidade. Esse aqui na especialidade também. Deixa eu passar a medicação pra dor. Você tem receita do anticoncepcional?

Us. SVD: Não.

Amanda: Então eu vou te dar a receita pra um ano tá. E como você se sente bem com a dipirona, vou passar a dipirona pra você caso dor. E vai mandando os resultados que você já tem pra mim, mesmo sem vaga ali na frente. Vê se pelo SUS sai mais em conta e compara.

Us. SVD: Que demora muito. Então tá doutora. Vou dar uma espalhada aqui.

Amanda: Então tá. Ó se você vai fazer separado o ultrassom aí você já deixa.

Us. SVD: Isso, esse é o ultrassom. Que aí é mais rápido né. Até saber o que tem. Obrigada doutora.

Amanda: De nada.

Us. SVD: Tchau.

Amanda: Tchau.

No atendimento, a médica manteve tom pedagógico. As questões contextuais aventadas pela usuária foram ignoradas durante todo o atendimento. Quando a usuária mencionou que se relacionava intimamente com o marido por obrigação e não por prazer, a médica não acolheu a queixa. Tampouco auxiliou a usuária a lidar com a situação. A médica deixou escapar expressões de hostilidade abrandadas pelo tom jocoso que as acompanhavam. Elas denotaram a presença de certa rispidez diante das queixas variadas da usuária SVD, como no momento em que a médica disse: “Que acabou que você veio com um bombardeio de coisas né! [risos]”.

Algumas vezes, a usuária tentou relacionar seus sintomas a aspectos vivenciais. A médica ignorou essa tentativa de construção autônoma. Negligenciava as observações e migrava imediatamente para questões de seu interesse, a saber: aspectos que se relacionassem a um quadro orgânico. A médica agia de modo a controlar as verbalizações e a ditar a direção da consulta. Com isso, diante da possível relação entre os sintomas e aspectos vivenciais sugerida pela usuária, a médica de seu lugar de todo saber decretou que a investigação deveria ser realizada por meio de exames primeiro. Se os exames nada constatassem, então outra perspectiva quanto ao sofrimento seria considerada.

Vimos que a médica parecia seguir uma hipótese de climatério precoce, mas não havia, em momento algum, partilhado isso com a usuária. Fazia perguntas para tentar confirmá-la, embora a usuária fosse relativamente nova para a situação. A usuária percebeu e em certo momento perguntou diretamente à médica se havia a possibilidade de ser um caso de climatério. A médica afirmou que sim e prevaleceu a sua decisão de seguir nesse sentido com a investigação, levando a usuária à alienação de seus possíveis problemas. A consequência possível seria a de gerar dependência da tecnologia médica e o enfraquecimento da autonomia da usuária na gestão da vida.

Vimos que a médica destacava as falas que lhe interessavam. Quando, no momento do exame físico, a usuária mencionou sua dificuldade de dormir, a médica negligenciou a informação. No momento seguinte, a médica perguntou à usuária se tinha insônia, embora ela já tivesse dado a resposta anteriormente.

Outro exemplo de delimitação da fala da usuária ocorreu quando a médica retomou o comentário desta sobre a dificuldade que enfrentava no trabalho. O assunto já havia surgido no início da anamnese, mas fora completamente ignorado pela médica. Agora, no momento final de forma não-implicada, enquanto aguardava a impressão das prescrições e encaminhamentos, começou a realizar perguntas mais específicas a respeito.

Parecia que à médica cabia autorizar o momento de manifestação de questões contextuais que ultrapassassem a sintomatologia. Ofertou o espaço, mas ao mesmo tempo mostrou que era limitado e controlado por ela, quando interrompeu abruptamente a usuária. Os papéis ficaram prontos e a situação laboral da usuária, sem desfecho. Essa prática tende a fragmentar tanto o discurso quanto quem o emite. Foram dados três encaminhamentos, recomendados exames e prescritos medicamentos para dor. Contudo, ficou em suspensão o fato de a médica sugerir por duas vezes que a usuária poderia tomar medicação controlada. Disse inclusive, que o resultado da investigação da ginecologista poderia ser a prescrição de um tranquilizante ou de um antidepressivo. Não justificou à usuária tal possibilidade. Por que a médica acreditava que a usuária deveria tomar medicação controlada?

A interação durou cerca de 32 minutos, repletos de interrupções e períodos de silêncio. A despedida foi apenas por verbalizações. A situação de toque se restringiu ao exame físico. Observou-se que quem assumiu o controle sobre toda a relação estabelecida foi a médica. Ela quem sabia o que fazer, por isso alijou a usuária da co-participação na elaboração de terapêuticas, impedindo a autonomia. Todos os elementos identificados se relacionam com estes Temas: a presença de relações que desfavoreciam o empoderamento (Tema 3); a dominância do “modelo de palestra” (Tema 20); a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos (Tema 21); infantilização dos usuários (Tema 24); atendimentos com tons maternal e pedagógico (Tema 25); e a esquiva de assuntos emocionais (Tema 28).

Havíamos dito no início da apresentação de consultas envolvendo sofredores somáticos que algumas interações propiciaram desdobramentos, sob a forma de entrevistas de tipo etnográfico. Essa foi uma delas. Passaremos a

apresentar como a médica interpretou a situação, de que maneira representou a usuária.

Depois do atendimento, a pesquisadora, percebendo a relação como típica relação entre usuária SVD e profissional médico (segundo os critérios adotados pela pesquisa), fez uma pequena observação no sentido de incentivar a fala da médica a respeito. Perguntou apenas se a usuária pertencia ou não à sua área. A primeira resposta foi : “É... Bombardeio de coisas né?” Essa resposta sugeriu que a percepção da pesquisadora poderia estar certa e assim esta se inclinou a continuar a investigação.

Pesquisadora: E quando é assim, como é que é? Deve ser complicado pra vocês, porque não tem um quadro... [a médica interrompe]

Amanda: Não. [risos em concordância com a pontuação] Acaba a gente tentando assim, direcionar as queixas... Algumas queixas, você vê que são vagas, mas o que ela foca né é mais um medo de ter um tumor ali então ela quer resolver a cabeça. A parte de audição a gente tem que ver com audiometria. Ela pode tá entrando num período de climatério realmente antecipado né, precoce. Aí pode ser precoce e a gente com a parte hormonal vai conseguir ver. A gente direciona pra ginecologista mesmo demorando um pouco, tem um apoio aqui pra gente e eu tenho tido um retorno bom da homeopatia com essas pacientes poliqueixosas, assim, a gente consegue dar um equilíbrio bom. Aí tenho utilizado homeopatia enquanto eu direciono até pra dar uma resposta, porque se eu pra ansiedade dela, pra insônia, já passo um benzodiazepínico, já matei tudo ali né. Aí ela já fica dependente e não vai tentar resolver o problema do marido dela que há três anos já não tá legal o relacionamento, com certeza, focada no benzodiazepínico. Então, eu tento dar uma... pra ela não sair sofrida daqui sem uma medicação, mantenho uma medicação de dor que ela comumente já usa, passo os exames, tento mandar pra homeopatia que eu sei que é rápido o atendimento, vai ter um retorno bom. Algumas coisinhas já vão ser resolvidas ali e eu ganho esse tempo pra não tá introduzindo uma droga que é um “tapa-buraco” né. Então, eu tento fazer isso pra ver se dá um resultado bom.

Pesquisadora: Ela não tinha essa característica de “poli” antes?

Amanda: Não. Não tinha [procura informações no prontuário da paciente] De repente, realmente pode ser essa coisa do estresse mesmo né. Vamos ver essa parte hormonal dela e ver que aí direciona, mas mesmo assim, eu ainda prefiro continuar com homeopatia e tentando dar uma amenizada [...] Então a gente vai tratando aos poucos e vai tirando esses medos dela porque a gente não sabe o que que é emocional e o que é verdade nesse primeiro contato.

Por meio da entrevista, observamos que a imagem a respeito da usuária SVD ganhou um contorno mais consistente. Ela era uma “poliqueixosa” de acordo com a construção do fenômeno pela médica. Isso quer dizer que existiam várias queixas vagas que levantavam dúvidas e não certezas quanto a um diagnóstico. Além disso, interpretar o fenômeno por essa imagem suscita práticas no sentido de direcionamento da queixa. Caberia à médica selecionar a queixa de acordo com sua hipótese, eliminando assim o que não considerava importante. Vimos que a médica identificou os problemas vivenciados pela usuária. Ela compreendeu a preocupação da usuária quanto à saliência em sua testa e também constatou um conflito marital presente, no entanto optou por se abster. Preferiu não tocar nas questões.

Pelo que disse na entrevista, pareceu considerar como intervenção potente o uso de medicamento. Ele, mesmo que placebo, poderia atuar na minimização do sofrimento dessa usuária. Quanto à medicação controlada optou por não recomendá-la de imediato. Pareceu ter atribuído parte do problema à relação da usuária com seu marido. Identificou portanto, problemas de ordem psicossocial que pudessem se relacionar com os sintomas apresentados pela usuária. Verbalizou que a homeopatia seria um recurso para “ganhar tempo” antes de introduzir um benzodiazepínico ou mesmo para não introduzi-lo.

O sofrimento da usuária foi colocado em cheque e houve uma dubiedade estabelecida. Se o sintoma era emocional, então não poderia ser verdadeiro: “porque a gente não sabe o que que é emocional e o que é verdade nesse primeiro contato”. A médica parecia conduzir o tratamento no sentido da separação estanque de dois tipos de etiologia: biológica de um lado e emocional de outro. Se os sintomas fossem comprovados por exames, com alterações em parâmetros mensuráveis, a verdade seria revelada? Mais valia o que podia ser provado por meio da tecnologia médica? Os Temas que se destacam a partir dessas observações são o 27 (a tendência a duvidar dos sintomas das usuárias SVD) e os seguintes:

- Tema 31: as usuárias SVD eram representadas pelos médicos a partir da imagem de “poliqueixosa”;

- Tema 32: os sintomas vagos e difusos eram associados pelos médicos a transtornos psicológicos.

No atendimento do qual fizeram parte a médica Bruna e a usuária SVD idosa, realizamos um recorte de modo a reordenar o conteúdo, respeitando a organização da análise. Em razão disso, neste momento, partimos do ponto em que a médica começava a adicionar ao diálogo elementos referentes a prescrições medicamentosas. Esse era um sinal de que a consulta estava chegando ao fim.

Bruna: Entendi. [já sem muito interesse] Me diz uma coisa Dona [nome da usuária] é... Não tem a ginkobiloba que eu passei pra senhora, o remédio, melhorou a tonteira ou não melhorou a tonteira?

Us. SVD: Não, melhorou sim.

Bruna: Melhorou ou não melhorou? Pode falar.

Us. SVD: Melhorou. Aí até...

Bruna: [interrompe e se dirige ao filho] Você viu muita diferença Fi?

Us. SVD: O dia que eu não tomo, às vezes eu falo assim: - ah não vou tomar não.

Bruna: E aí?

Us. SVD: Eu tomo de noite só, um só por noite que tá marcado, tá marcado não, você falou comigo.

Bruna: Isso.

Us. SVD: Porque durante o dia eu já tomo...

Bruna: Um monte de coisa né.

Us. SVD: Pois é e eu não gosto de misturar e à noite não. À noite eu não tomo nada. Só ele mesmo.

Bruna: Hã, e aí? No dia que não toma o que que acontece?

Us. SVD: Eu fico meia tonta.

Fi: Mas eu tô achando que isso aí é do psicológico dela, não é não? Porque ela tá tomando o remédio, aí...

Bruna: [interrupção] Não, eu tô falando assim, pode ser psicológico a questão de não tomar e sentir tontura menos ou mais. (Fi: É isso que eu tô falando...) O remédio melhora a tonteira? Em muitas pessoas melhora. Pode ser que fez um bom efeito nela? Pode ser que sim, quando tira o comprimido ela sente mais tonteira. Eu acho que não vale a pena tirar. Mantém ele.

Us. SVD: É, deixa ele assim mesmo né.

Bruna: Porque ele afina um pouco o sangue também, então é bom. Agora eu vou repetir seus exames porque o colesterol tava encima do muro e a glicose tava encima do muro e sua glicose hoje tá linda. Então vamos dar uma olhada como é que tá isso. A tonteira eu já expliquei pra senhora. Vou escrever no papel hein, remédio número um: exercício físico.
[silêncio breve] Por que que a senhora não começa a fazer um supletivo, uma alfabetização, já pensou nisso? Pra aprender a ler e a escrever. Não tem vontade não?

Us. SVD: Já.

Fi: Ela chegou a fazer com uma menina que ia lá em casa.

Bruna: Eu acho que eu lembro.

Us. SVD: Ih, agora não quero aprender mais não já tô velha. Não aprendi de nova, vou aprender depois de velha?

Bruna: Qual é o problema?

Us. SVD: Não eu tava até sabendo menina. Ela era até uma crente. Ela casou. Ela falou comigo: - Eu tenho que casar [...]

Bruna: Ah tá.

Us. SVD: Mas quando vem na casa da mamãe ela vem aqui. Ela me levava caderno. Eu falava: - Não deixa que eu compro minha filha e ela: - Não eu vou dar a senhora caderno, livro.

Bruna: Mas aí a senhora aprendeu um pouquinho?

Us. SVD: Aprendi. Eu já sabia fazer meu nome.

Bruna: Mas você sabe que tem escola aqui que ensina.

Us. SVD: Eu sei que tem.

Bruna: [dirige-se ao filho] Fi, pergunta pra [nome da assistente social], a assistente social, se tem alguém que ensine em casa. Eu sei que existe o EJA, mas não sei se tá incluso a alfabetização.

Us. SVD: Quando eu vou assinar um negócio que eu saí, que eu preciso ir eu tenho que botar o dedo lá e botar lá.

Bruna: Não e outra coisa, ficando em casa sozinha se a senhora tiver um livro, uma revista ou outra coisa a senhora vai ler.

Us. SVD: O livro tá até lá em casa ainda que eu estudava com ela. Aí ela chegava lá em casa toda feliz: tá vendo a senhora já sabe fazer o seu nome, aí eu vou casar e colocar outra no meu lugar.

Bruna: Cobra dela.

Nesse momento, houve a interrupção para o exame físico (trecho apresentado no tópico correspondente) em função de uma queixa acrescentada às outras pela usuária SVD. Depois, a consulta continuou da seguinte maneira:

Bruna: Então ó, a tonteira já te expliquei, os remédios continuam, a mancha do corpo vai aparecer toda a vez que a senhora ficar estressada, que o cérebro faz acontecer mancha na pele, toda a vez que a senhora ficar estressada vai ter. Elas vão sumir igual como se fosse um encostão, como se estivesse batido. Podem até ficar doloridas, entendeu? A mão tá ótima. Ah eu queria passar um remédio pra senhora.

Us. SVD: Vem cá e eu tenho algum negócio no cérebro? Na cabeça? Eu falei que eu sou doida. [risos]

Bruna: Não é não. Eu vou passar cápsula de cálcio pra senhora com vitamina D, pra senhora tomar uma vez ao dia, porque não pode ficar sem leite. Hoje tá em falta, mas vai chegar porque vai chegar medicação. Eu acho que nessa semana até o dia 10 chega. A senhora toma um por dia tá.

Us. SVD: Até falei que eu tô sentindo muita fraqueza aí então pensei em mandar o menino comprar um vidro de biotônico. Mas não sei.

Bruna: Biotônico abre o apetite sabia? Quer engordar?

Us. SVD: Não, engordar não quero não. Do jeito que tô aqui tá bom, sou miudinha mesmo. Esse negócio aqui não tem perigo não né [referindo-se à protuberância em seu ouvido].

Bruna: Não. É só não cutucar, não pode mexer. Pode limpar, mas não pode querer tirar [já com certa impaciência, modifica o tom de voz e a ênfase na fala] Limpa só, não cutuca não.

Us. SVD: Então, devagarzinho assim eu vou andando lá de casa com ele... É melhor devagarzinho que na cadeira de rodas ou senão tá lá no hospital né.

Bruna: É verdade.

Us. SVD: Eu vou lá. Então, foi um prazer. Eu gosto de conversar mesmo. Ó minha mão como fica gelada. É sempre assim. Fica com Deus.

Bruna: Tudo de bom pra senhora viu Dona [nome da usuária] Vai com Deus e não esquece de fazer exercício físico.

Por meio do trecho apresentado, vimos que a médica por vezes se dirigiu ao filho para dar recomendações ou mesmo investigar a respeito do estado de saúde da usuária. Parecia confiar pouco na capacidade de relatar os sintomas ou mesmo de compreender os apontamentos realizados pela médica. Manteve um tom maternal que se transformou aos poucos em impositivo e autoritário. Ela negou o saber do familiar quando este interpretou o sintoma da mãe como sendo de ordem psicológica. Discordou brevemente e sem discutir com os que ali estavam, os mais interessados, decidiu seguir com a medicação fitoterápica.

Iniciou, sem que tivesse uma justificativa clara para tal, uma conversa a respeito da possibilidade de alfabetização da usuária. Na verdade, o assunto foi suscitado no momento em que a médica aguardava a impressão das prescrições antes digitadas no sistema. Parecia que procurava passar o tempo abordando um assunto do qual ela queria falar e que não oferecia risco de gerar uma demanda para intervenção. Foi a abertura de um espaço para a fala mais livre da usuária embora não tenha sido espontânea. Ela ainda aproveitou a oportunidade para introduzir a queixa da dificuldade de ouvir e a médica assim migrou para o exame físico. Passado esse período, a médica rapidamente tentou conduzir a consulta para o final. Passou a ser mais impositiva e exibiu, assim, elementos que denotaram a presença de enfado e impaciência. Parecia que queria finalizar a consulta o quanto antes. O encontro durou cerca de 25 minutos e a despedida se deu sob a forma de um beijo no rosto, iniciativa tomada pela usuária.

Após o atendimento, a pesquisadora tentou indagar a médica a respeito de suas impressões sobre a usuária e ela partilhou sua dificuldade em atendê-la. Justificou que era em função do tempo de que dispunha: “O difícil é quando eu não tenho muito tempo. Não consigo cortar a paciente [...] Aí o negócio emperra”. E completou dizendo que a usuária não tinha nada sério. Possivelmente considerava o atendimento prolongado desnecessário, no entanto tinha dificuldade de interrompê-lo. Nas palavras da médica: “Você vê que ela não tem nada quase de saúde, tá tudo sob controle. São coisas que não são doenças graves”. Por essa manifestação, apreende-se também que o foco da intervenção era o de mitigar uma doença e não o sofrimento. Nesse contexto, a escuta se tornava enfadonha, “perda de tempo”, sob a perspectiva da médica. A fala da usuária acabava por atrapalhar o andamento da consulta. Tais elementos evidenciaram os seguintes núcleos de sentido, traduzidos pelos Temas 21 (a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos), 27 (a tendência a duvidar dos sintomas das usuárias SVD), 29 (a manifestação de afetos negativos), 30 (a percepção de que as queixas eram desproporcionais e sem razão) e o seguinte:

- Tema 33: os médicos percebiam as usuárias SVD como caso difícil.

Agora apresentaremos a continuação da intervenção do médico Clemir. Já havíamos observado que ele mostrava-se irritado, algo revelado depois da ligação de sua esposa. Passou a conduzir a consulta da seguinte maneira:

Clemir: Você tá gordinha, eu tô gordinho. Eu ia entrar na academia hoje de manhã não entrei. Você tem que entrar na academia, não tem jeito ou fazer uma dieta ou caminhar. Em algum lugar você tem que caminhar. Você é microárea 21 não tem muita opção lá em cima, na área 21. Mas aqui tem uma reta boa ali de, não sei se você consegue entrar na academia, enfim você tem que fazer ginástica [a usuária mantém-se em silêncio. Ele continua] Nós temos né, eu também me incluo nisso. O fato é que você tem que diminuir o peso. Tem que tomar o remédio direitinho de pressão. Ó existe uma combinação, anticoncepcional que você toma, então a combinação do anticoncepcional, mais obesidade, mais pressão não é bom. É péssima essa combinação. O anticoncepcional pra quem tá com pressão alta é horrível, mas se você tiver com a pressão adequada. Ah eu tenho pressão alta, mas tomo remédio, tá controlada, aí pode tomar o remédio anticoncepcional. Fora isso você não poderia tá tomando esse aí. Você não poderia. Aí dá esses monte de coisa: dá trombose, dá derrame.

Aí a pessoa não sabe porquê. Aí culpa até o anticoncepcional igual saiu na Europa. Você fuma?

Us. SVD: Deus que me livre!

Clemir: Menos mal né. Menos mal. Tá com triglicerídeo alto. Então essas coisas todas [nome da usuária], tem que ficar esperta. Não é fácil, se fosse fácil eu taria magrinho. Se fosse fácil eu seria ih... Maravilha, mas não é assim. Se fosse fácil tava tudo bom. [silêncio prolongado, redige informações no prontuário] Essa dor aí, toda essa falta de ar, essa coisa toda eu acho que tem consequência em relação à pressão sim. Você não tá fazendo o tratamento direitinho. [silêncio prolongado, médico imprime prescrições] Minha esposa tá passando mal, ontem e hoje fiquei acordado com ela à noite, tá com muita dor de cabeça. Começou a tomar o antibiótico ontem que eu dei pra ela. Só não entrei na academia por causa disso. Ia entrar. Eu não dormi à noite aí eu não acordei cedo hoje, mas tô determinado. Vou fazer academia seis horas da manhã. Eu chego nove horas aqui. Então vou fazer pela manhã e tô determinando isso na minha cabeça. Tá, não é desculpa não foi por causa dela mesmo que eu não entrei. Agora, entendeu, tem que fazer isso, a gente tem que ter essa determinação. Tem que perder peso, tem que tomar remédio de pressão. [olha para a filha da usuária] Ajuda ela, pega no pé dela. Aqui é pra fazer agora esse remédio aí. E o remédio de casa vou te fazer agora. Ah, tem a nebulização também que eu esqueci. [silêncio prolongado, faz prescrições] Tá com o nariz escorrendo também? Não né. Fazer nebulização agora, mas fala porque que você acha difícil tomar o remédio, conta. Eu quero entender o lado do paciente também, não quero falar que você tem que fazer não. É muito fácil falar você tem que fazer isso ó, você tem que fazer, você tem que fazer... Eu não quero isso, eu quero que você me fale porque você não tá tomando, qual é a dificuldade também de perder peso, me fala aí.

Us. SVD: É porque também é muito difícil da gente conseguir uma...

Clemir: [interrupção] O quê?

Us. SVD: Uma... consulta. Pra eu consultar aqui hoje tinha um monte de gente na frente...

Clemir: [interrupção] Tá. Sabe por que [nome da usuária]? Você tá passando mal, você vem... Quem tá passando mal, igual minha esposa, tá querendo neurologia, otorrino essas coisas todas, de última hora não consegue. Nem em particular filha [com o tom de voz alto e impositivo] Você tem que marcar pra daqui a um mês pra vir aqui. Agora quanto tempo? Eu vi aqui que você pegou o remédio, foi ano passado que você tomou. Quanto tempo tem daqui até lá. A gente não para nem dia 29 de dezembro. Até 23 de dezembro a gente tá aqui. Eu tava olhando esses dias no prontuário de um paciente, dia dois de janeiro a gente tava aqui.

Colhendo sangue, todo mundo funcionando. E onde você tava dois de janeiro? Dois de janeiro. Para e pensa. Trinta de dezembro a gente trabalhou igual um boi aqui. Eu não tive férias trinta de dezembro, tirei férias mais pra frente. Então, [nome da usuária] tem muito tempo que você não vem aqui ou só vem passando mal, vai no P.A. Você tem que marcar consulta. Dá tempo, a agenda abre hoje pra dois meses pra frente. Minha agenda tá completa e aí minha esposa falou assim: - Você não tem folga na casa? Eu tenho um monte de folga. Eu tenho cinco folgas aí eu não posso tirar assim: - Ah amanhã eu não venho. Não é assim, não senhora. Tá tudo marcado. Tá tudo agendado de fora a fora até 18 horas eu to aqui ó, sentadinho aqui. Chego mais tarde, mas saio mais tarde. Então, [nome da usuária] essa desculpa pra mim não cola muito não. Se você tiver passando mal aí vai acontecer o que você tá falando aí. Passando mal todo mundo quer consulta, tem uma ali sentada agora, conversou comigo ali agora. Quer dizer, ela quer consulta pra ontem. Pô o que que é isso? Não é assim. Saúde não se faz assim não [nome da usuária]. Eu tô convicto disso. Vou emagrecer e quero ver você emagrecer também. Tá combinado? Deixa eu ver seu peso. Depois vou ver seu peso aqui. Você pesou hoje? [silêncio prolongado] A receita eu faço pra seis meses de pressão. Com a receita aqui você pega pra seis meses. Dois comprimidos hoje de predinizona. Vai tomar dois comprimidos por três dias, depois um comprimido de predinizona, você conhece predinizona?

Us. SVD: Hãhã.

Clemir: Vai tomar por quatro dias. Vai dar 10 comprimidos. Não pode passar disso não porque o predinizona aumenta a pressão. Esse remédio aqui aumenta a pressão, o anticoncepcional aumenta, quer dizer, você tem asma e pressão alta. Tudo de bom né pra dar um infarto. E obesidade. Você tem as bombinhas lá [nome da usuária]?

Us. SVD: Acabou.

Clemir: Você tem o espaçador e a máscara? Sabe usar direitinho? Você tem que usar dois jatos da bombinha de vez só se tiver crise. Mais o que que você precisa? Remédio pra dor né, quando tiver. Eu quero que você melhore tá. Mas eu quero que você faça um trato aqui comigo que você vai tentar emagrecer, mas eu quero saber das dificuldades. Tô só falando que você tem que emagrecer aí eu te cortei né. Eu quero saber suas dificuldades: ah não tem vaga. Aí eu te cortei e comecei a dar sermão. Não é verdade, mas pode falar. Mesmo que não seja verdade da minha parte, da nossa, mas qual é a dificuldade. Academia? Academia tem que pagar. E o tempo? Você tem tempo de fazer?

Us. SVD: [demora a responder]

Clemir: Tem?

Us. SVD: Tenho.

Clemir: Não trabalha fora não.

Us. SVD: Trabalho a partir do meio dia.

Clemir: De meio dia até que horas?

Us. SVD: Até dez e meia da noite. [fala baixo, sem entusiasmo]

Clemir: Aí chega cansada no outro dia tá cansada também né. Não?

Us. SVD: Não.

Clemir: Você não chega cansada? Que bom. Tá bom. Pensei que você chegasse cansada. Esse aqui você vai fazer agora, a nebulização também aí e esse remédio aqui pra casa.

Us. SVD: Então, o anticoncepcional tenho que parar ele?

Clemir: Não, eu tenho medo de falar com quem tem pressão alta, mas não é, 32 anos você ainda tá numa faixa que pode tomar o anticoncepcional sem medo. Mas é uma bomba com a pressão alta entendeu. Mas se você regular ela, em dois ou três dias a pressão tomando lozartan você regula. Fica tudo bem.

Us. SVD: [fala em voz baixa] Fica tudo bem da pressão e filho...

Clemir: Que? E fígado ou filho?

Us. SVD: É parar o remédio da...

Clemir: É e outra coisa gravidez com pressão é pior ainda. A verdade é essa. O fato é esse.

Us. SVD: E esse remédio eu não posso pegar agora não né.

Clemir: Qual o anticoncepcional? Tá acabando?

Us. SVD: Tá quase não tem mais.

Clemir: Deixa eu ver se dá pra caber aqui. Se tivesse falado eu teria colocado aqui. Vou usar ela, não tem problema de gastar folha e derrubar árvore. Você toma o ciclo 21 correto? Você dá pausa de sete dias?

Us. SVD: Dou.

Cleimir: Esse remédio dá pra 12 meses. Vou te falar. Tudo facilita, sabe [nome da usuária]. A gente acha que não, mas tem facilidade. Tá vendo. Ah, e não é bem assim também não falar, falar, falar. Eu vou passar uma receita aqui pra você pra verificar se é alguma coisa mais grave. Dores no tórax...Tem que fazer esse raio x pra excluir coisas mais graves. Se não tiver nada grave, maravilha. Deve ser a pressão junto com a asma dá essa sensação de sufocamento, parece que vai morrer mesmo. Tem a pressão alta, obesidade, tudo o mais. Não vou ficar falando pra enjoar ninguém não. Marca o exame lá em cima.

Vimos que as dores difusas acabaram sendo relacionadas à hipertensão, quadro reconhecido como legítimo. O médico assumiu tom alto e impositivo por diversas vezes, chegando a ser autoritário quando incluiu nas várias frases proferidas o trecho: “Tem que”. Assim proferiu dois sermões. Nesses dois momentos o médico monologou. Ele foi o único a falar e a consequência dessa prática levou ao tolhimento da fala da usuária. Lembramos por meio disso, do exercício da função apostólica (Balint, 1984) com o intuito de induzir a usuária a adotar as normas consideradas adequadas pelos médicos.

Ao longo da consulta tentou justificar, de maneira mais ou menos segura, que sabia a procedência dos sintomas relatados pela usuária, sem ao menos discutir com ela a respeito. Dizemos que estava mais ou menos seguro em sua afirmação por introduzir a palavra “acho” e não “estou certo de”. Ainda assim, sustentou a hipótese e continuou o atendimento nesse sentido. Em dada passagem acabou por perceber sua rispidez e imposição durante o atendimento e tentou abrir o espaço para a fala da usuária: “Mais fala porque que você acha difícil tomar o remédio. Eu quero entender o lado do paciente também”. Embora tenha enunciado esse discurso, quando a usuária tentou argumentar ele a interrompeu e a repreendeu com certa irritação. Recusou o argumento da usuária e disse-lhe que não passava de uma desculpa. Ela então silenciou definitivamente e apenas concordou com tudo o que lhe foi dito.

O comportamento da usuária indicou a consequência da função apostólica. Ela se viu obrigada a acatar os mandamentos do médico e a converter-se, ao menos aparentemente. Seu silêncio pode apontar no sentido também da resignação ou da rejeição que poderá levá-la a uma cronificação ou à procura por outro médico cuja “fé” e cujos “mandamentos” sejam mais flexíveis (Balint, 1984). O médico também demonstrou impaciência e agitação emocional traduzidas em

sua feição e no vigor de seus movimentos. Apoiava o rosto na mão esquerda, cruzava os braços, gesticulava bastante, apresentava tensão muscular na testa, mordida os lábios, cruzava as pernas e encostava-se completamente na cadeira, distanciando-se um pouco mais da usuária. O exame físico foi o único momento de toque. Terminou a consulta dizendo: “Eu vou passar uma receita aqui pra você pra verificar se isso aí é uma coisa mais grave... Se não tiver nada grave, se não tiver nada de errado, ótimo, maravilha, deve ser a pressão, junto com a asma”.

A usuária não foi convidada a pensar sobre seus sintomas, tampouco a construir em conjunto com o médico alternativas para a melhoria de sua saúde. Houve prevalência de uma relação mediada por procedimentos-padrão como prescrições medicamentosas e exames e não pela interlocução que propiciaria a escuta e a produção de saúde em conjunto, primando pela responsabilização mútua no processo. O encontro durou cerca de 28 minutos, grande parte deles utilizados pelo médico para repreender a usuária. Vimos que ao final da consulta ambos não se despediram. Evidenciaram-se Temas já destacados como a presença de relações que desfavoreciam o empoderamento (Tema 3); o lugar superior do médico na hierarquia de todos os profissionais da USF (Tema 12); a presença de tensão na relação com usuários (Tema 14); a dominância do “modelo de palestra” (Tema 20); a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos (Tema 21); a agitação emocional diante das usuárias SVD (Tema 26); a manifestação de afetos negativos (Tema 29); a percepção de que as queixas eram desproporcionais e sem razão (Tema 30).

O próximo trecho revela detalhes do final do atendimento que envolveu a médica Daniela e a usuária SVD jovem. Interrompemos no término do exame físico realizado pelas estagiárias de medicina sob monitoramento da médica.

Daniela: Pronto minha linda? Dói pra fazer essa tatuagem?

Us. SVD: Não dói não, foi a primeira que eu fiz. Só queima, queima muito.

Daniela: Deve doer um bocado. Você é corajosa. Ó quanta! [nome tatuado no corpo da usuária] é quem, sua mãe?

Us. SVD: Uhum.

[silêncio prolongado, médica auxilia estagiária a digitar informações no prontuário]

Daniela: Nossa segunda-feira já é um dia assim, bom pra gente trabalhar cedo e sem tomar meu café aí. [risos] A amígdala sua é grande, mas não tem infecção não.

Us. SVD: Aí deixa eu falar, aí dentro de casa eu fico muito estressada. Qualquer coisa eu fico nervosa e estressada, dá aquele cansaço.

Daniela: Dentro de casa? Ah, mas tem coisas dentro de casa que incomodam mesmo.

Us. SVD: Não, por qualquer motivo eu fico estressada. Até com o meu namorado. Mande ele embora agora, foi embora.

Daniela: Mas aí você já não tá mais dentro de casa, como é que você mandou ele embora agora?

Us. SVD: É quando nós tamo brigando, dá aquele estresse, não tem, aí depois dá aquele cansaço.

Daniela: Você tá perguntando do cansaço que dá depois do estresse? Isso é normal. O cansaço até cansaço físico depois que a gente grita, briga e fala eu acho que aquilo gasta, tira a energia sua...

Us. SVD: [interrupção] Qualquer coisinha dentro de casa já. Minha mãe tá até brigando comigo que tudo de casa tá me estressando.

Daniela: Na verdade você é que deve tá se sentindo irritada com alguma coisa ou algumas coisas que vêm acontecendo durante, ao longo da vida e chega um momento que a gente fica mais irritada mesmo. Quem é seu médico, minha linda?

Us. SVD: Meu médico? Amanda.

Daniela: Ah é a doutora Amanda. Você podia marcar uma consulta lá, vai ali hoje e agenda. Já marca logo, tá bom? Ela pode ver né, passar um medicamento alguma coisa ou conversar né. Pra ver. Tá bom?

Us. SVD: Eu sinto muita dor de cabeça. [silêncio prolongado, médica realiza as prescrições]

Daniela: Ele continua mal-criado, o computador tá numa mal-criação de fazer inveja. O ibuprofeno você conhece né? Aí você pode tomar dois comprimidos. Quem sabe não vai chegar mais remédio.

Us. SVD: Vai chegar mais remédio.

Daniela: Então é melhor vir amanhã. [silêncio prolongado, médica imprime as prescrições]

A.: Aqui, o remedinho que você vai tomar é o loratadina, que é um antialérgico, um comprimido à noite.

Us. SVD: À noite né.

A.: O ibuprofeno que é o anti-inflamatório que é de oito em oito horas. Esse remedinho aqui beclometazona é pra fazer jato no nariz que tá em falta. Talvez chegue amanhã. Aplicar dois jatos em cada narina duas vezes por dia. E o soro que é pra lavar o nariz, soro fisiológico.

Us. SVD: Tá.

Daniela: Tá bom minha linda, marca com a doutora Amanda tá bom?

Us. SVD: Obrigada.

Daniela: Vai com Deus. Tchau.

A médica manteve, durante o atendimento, um tom de voz sereno, no entanto ao longo dele foi possível apreender alguns sinais de agitação emocional tais como: morder os lábios, entrelaçar os dedos das mãos, cruzar os braços, levar a mão esquerda ao rosto. Não dirigiu à usuária um olhar atento, preocupando-se mais com anotar informações no prontuário e auxiliar a estagiária na realização das prescrições. Promoveu uma ambiência informal, referindo-se à usuária pelo pronome “você”, pelo próprio nome ou mesmo por “minha linda”. Pode ter deixado-a mais à vontade, aproximando-a no discurso. Com isso, a usuária depois de uma conversa breve e informal protagonizada pela médica, reivindicou a fala. Começou a relatar uma situação vivenciada por ela que relacionou ao estresse e ao nervosismo. Não sabia precisar quais situações a incomodavam especificamente.

A médica, então, acolheu a primeira fala ao concordar que existiam situações potencialmente estressantes no lar. Quando a usuária indagou sobre a normalidade de vivenciar situações estressantes e sentir cansaço, a médica olhou para a pesquisadora em busca de uma resposta. Ela não a obteve porque era preciso aguardar a maneira encontrada pela própria médica para lidar com a situação. Ela resolveu a questão dizendo que era sim normal sentir-se cansada

depois de uma discussão ou algo parecido. A usuária insistiu com a história e, com a intenção de encerrar o assunto, a médica fez uma breve interpretação. Elaborou uma afirmação quanto ao processo vivenciado pela usuária iniciando a fala da seguinte maneira: “Na verdade você é que deve tá [...]”. Não devolveu à usuária sua impressão para que esta a confirmasse. Logo depois, perguntou quem era a médica responsável pela área da usuária e solicitou, sem explicar o motivo, que ela agendasse consulta com a médica.

A usuária ainda introduziu outro sintoma, a dor de cabeça, algo que a médica ignorou, com o desvio da conversa para o esclarecimento quanto à posologia medicamentosa. Dessa maneira, a médica conduziu a consulta para o fim e reafirmou a recomendação dada à usuária para procurar a profissional de sua área. A consulta durou cerca de 12 minutos e a despedida foi marcada por um breve abraço entre a médica e a usuária. Terminado o atendimento, a pesquisadora suscitou um comentário a respeito. A médica disse que atendimentos como esses eram mais facilmente conduzidos quando envolviam usuários da sua área de abrangência. Isso porque facilitava o fato de ela conhecer a história dos usuários de seu território. Sobre a usuária enunciou que acreditava não ser o foco dela os sintomas de ordem orgânica:

Ela falou da gripe, depois ela falou que tinha dor nas costas e, por fim, que eu acho que é o foco dela, de fato [...] Ela tem uma alergia, mas não é... Aquilo é um processo alérgico, ainda não é uma sinusite.

A pesquisadora incentivou a fala dizendo: “Ah, ainda não é uma sinusite...” e a médica continuou a mencionar a sua impressão. Os próximos trechos serão apresentados na forma de diálogo para melhor compreensão:

Daniela: Não. Porque ela foi esticando né, acho que ela se sentiu à vontade... Eu tô com uma dor aqui nas costas aí depois: - Por que será que eu fico irritada? E aí ela foi falando mais e pudemos entender que era uma outra coisa.

Pesquisadora: E quando a paciente é sua, como é a conduta?

Daniela: Olha só, quando a paciente é minha e eu já conheço, eu medico. Se eu acho que tem necessidade né, [busca aprovação das estagiárias] nós encaminhamos para o psicólogo.

Pesquisadora: E você medica como?

Daniela: Com antidepressivo e às vezes, quando a psicóloga não tem a gente mesmo conversa aqui né. [busca mais uma vez a aprovação das estagiárias] A gente conversa e ela vai entendendo, vai, vai... E depois ela marca outra consulta né, às vezes pra, não tem nada mas: - Ah, vim mostrar um exame. Mas não é o exame e como nós entendemos que tem esse lado que é tão importante quanto à medicação ou uma doença qualquer, a gente tem que dar uma atenção não é. A grande maioria não tem nada físico, orgânico.

Pesquisadora: Mas vem com muitas queixas...

Daniela: Milhões de queixas!

Pesquisadora: Eu imagino a dificuldade de vocês.

Daniela: Nesse sentido é muito grande. É como a gente tava falando né. O paciente chega aqui e tem que tirar um diagnóstico ou mais de um, você tem que juntar aquilo tudo pra poder formar um. Quando ele vem aquele quadro já referenciado por algum laboratório vai pro gastro e pronto, alguma coisa no estômago, no aparelho digestivo ele tem. Às vezes tem uma dor de estômago, mas é uma dor... É... Como é que eu vou dizer? Ele tá simulando né. Ele tá, não é simulando, ele realmente tem aquela dor... Faltou a palavra [a estagiária a ajuda dizendo: - Somatizando] É. Tem o órgão de choque que é o órgão da pessoa que quando tá com estresse ele vai ser agredido. Então, isso tudo é importante. Tem que ser avaliado. Eu sempre falo que o paciente não pode ser olhado em um D só. [risos] Ele tem que ser avaliado em 3D, né. Ele tem que ser olhado como um todo. Não adianta ele vir aqui, você tratar uma dor de cabeça dele e ele vai voltar. Claro, ninguém de nós aqui vai resolver o problema dele, mas pelo menos, vai deixá-lo assim... Você tem o apoio, né. Eu tô aqui pra quando você precisar. Porque o nosso problema quem resolve somos nós, às vezes nem nós conseguimos, mas a gente tem que falar. Às vezes a gente falando, já consegue respirar ou tem a solução, mas quando você tá dentro do problema você não enxerga a solução. Você só enxerga o problema.

A partir dos dados da entrevista, vimos que a médica interpretou o momento dessa consulta como constituído por uma usuária que não apresentava uma doença configurada. Ela a colocou no conjunto daquelas que procuravam a Unidade manifestando diversas queixas sem que essas estivessem relacionadas a um aspecto orgânico. De acordo com a médica, os sintomas eram de outra ordem, a qual não especificou. Demonstrou que, diante de uma usuária como essa, sentia dificuldade por se preocupar em extrair da interação um diagnóstico.

Ao explicar como compreendia esse tipo de usuária recorreu tanto a elementos do universo consensual, quando mencionou que os sintomas apresentados seriam uma simulação, quanto do universo reificado quando recorreu ao termo “somatização” com todo o seu escopo teórico. Disse que se a ação do médico se resumia à prescrição de um sintomático visando aplacar a dor não era resolutive, uma vez que fazia com que a usuária retornasse.

Vimos que, ao se deparar com tal situação, em que os sintomas não a auxiliavam na confecção de um quadro diagnóstico legítimo, sua prática se resumia a três ações. Ela recorria a psicofármacos, especialmente antidepressivos. Se, de acordo com a avaliação dela, houvesse a necessidade de uma intervenção psicológica, ela a solicitava. Outro recurso que mencionou foi a conversa. De acordo com todos os elementos levantados até aqui revisitamos os Temas: a agitação emocional diante das usuárias SVD (Tema 26); a tendência a duvidar dos sintomas das usuárias SVD (Tema 27); os SVD associados a transtornos psicológicos (Tema 32) e as usuárias SVD como caso difícil (Temas 33).

Chegamos ao último atendimento do qual participaram a médica Elvira e a usuária SVD. Paramos no momento em que a usuária, de maneira enérgica, reivindicava orientação a respeito da taxa de glicose de que se constatou alteração. Perguntou se teria que tomar remédio ou não.

Elvira: Não.

Us. SVD: Ah.

Elvira: Por enquanto. A senhora vai fazer a dieta, sem açúcar, esquece que existe doce na face da terra... Pode comer fruta à vontade.

Us. SVD: Eu prefiro ele amargoso... [referindo-se ao café]

Elvira: Então é amargoso. Que seja amargoso o café tá, mas nada de... esquece, esquece o açúcar. Vai começar a fazer a caminhada, eu sei que é difícil por causa da perninha, da osteoporose mas... Vai tentar fazer, nem que seja uma hidroginástica. A senhora vai tentar participar desse Grupo de Idoso aqui que nós temos. Procura se informar ali na frente pra melhorar um pouquinho esse astral da senhora. E daqui a uns quatro meses a gente vai ver como a senhora tá. Vai ser mais ou menos a época de renovar a receita né. Porque a senhora não pode ficar desse jeito, do jeito que a

senhora tá não. A senhora já toma, andou tomando fluoxetina, ainda tá tomando?

Us. SVD: Não tô não porque da última vez que a senhora passou, depois de dez dias que eu tava tomando me dava uma tonteira. Nunca me deu, mas começou a me dar uma tonteira que eu ia de uma vez. Parecia até que eu tava com aquela doença, como é que eles falam, labirintite. Aí eu pensei: - O que que é isso?

Elvira: [interrupção] Aí parou de tomar a fluoxetina?

Us. SVD: Aí parou.

Elvira: Reparou se mudou a marca, alguma coisa assim?

Us. SVD: Não.

Elvira: Não, o mesmo? Então a senhora vai... vai procurar, né já que tá sem a fluoxetina que eu vou até anotar aqui. [silêncio prolongado para anotar informações no prontuário]

Us. SVD: A senhora acha que o ômega três pode complicar alguma coisa na gente?

Elvira: O quê?

Us. SVD: O ômega três pode fazer mal de alguma forma com a gente?

Elvira: Minha querida, até onde eu saiba não. Mas tudo, até os medicamentos naturais têm os seus efeitos colaterais né. Com certeza deve ter algum efeito colateral. Até onde eu saiba eu não sei de um mal que o ômega três possa fazer pra gente não. Só benefício.

Us. SVD: Por que eu não sei o que aconteceu. Eu sei que quando eu tava com a dengue e o negócio da urina aquilo me deu aquele negócio na goela que parecia uma alergia, aí então eu fiz de tudo. Parei todo o remédio, não valia nada, depois comecei a tomar de novo, comecei a tirei um, tirei outro e tirei o ômega três. Aí depois que eu parei o ômega três.

Elvira: Melhorou.

Us. SVD: Melhorou.

Elvira: Pode ter alergia. Isso aí você pode ter alergia até a água.

Us. SVD: Porque eu já tomo remédio que tem cálcio de ostra, misturado...

Elvira: [interrupção] Não. Aí é excesso, aí é excesso.

Us. SVD: Deve ser né.

Elvira: Deve ser isso e também pode tá dando alergia. Melhorou, então não toma mais o ômega três tá.

Us. SVD: É, é isso que eu vou fazer.

Elvira: Os remédios a senhora já tem. A urina não deu nada tá.

Us. SVD: Não dá nem pra senhora passar um remedinho de dor pra mim, não aí? Um remédio de verme, não precisa não? Eu tenho verminha, de vez em quando aparece, passa um remédio de verme aí.

Elvira: Passo, mal não vai fazer né.

Us. SVD: Remédio de verme e de dor. Se for paracetamol é melhor porque com essas dengue que tem aí.

Elvira: Mas não é pra tomar direto não tá.

Us. SVD: Eu sei que não é só quando eu tô com dor, já que não tem dinheiro pra comprar então não custa a senhora passar pra mim né. Ajuda eu um pouquinho. [risos]

Elvira: Ajudo. [com semblante sério] Olha só, vai tomar em dose única o remedinho de verme. Vai repetir depois de 10 dias tá bom.

Us. SVD: Esse aí eu tomo de seis em seis dias. Ele não acusa no exame.

Elvira: É que a senhora é muito limpinha, não acusa. Não é?

Us. SVD: Eu sei que eu tenho verme. Eu tomo remédio de seis em seis meses, difícil é de pegar nas fezes.

Elvira: Participe do grupo de idoso que é divertido e a senhora vai ficar se sentindo melhor. A senhora tá precisando de se animar um pouquinho. A senhora tá muito desanimadazinha. Tá bom? Aqui meu amor, daqui a uns quatro meses a senhora vai voltar aqui comigo, tá bom?

Us. SVD: Tá bom.

Elvira: Tá meu bem. Vai com Deus, tudo de bom. Não desanime.

Depois de a usuária solicitar providências a respeito da alta taxa de glicose, a médica fez recomendações em tom de exigência: “Esquece, esquece o açúcar. Vai começar a fazer a caminhada [...] Vai tentar fazer, nem que seja uma

hidroginástica. A senhora vai tentar participar desse grupo de idoso aqui que nós temos”. Depois disso, observou que a usuária fazia uso da fluoxetina, antidepressivo, e indagou-a a respeito. Ela disse ter interrompido o uso porque se sentia mal. A médica não refez a receita, tampouco prescreveu outro psicofármaco. Reforçou, no entanto, a necessidade de a usuária frequentar o Grupo de Idosos. A usuária, possivelmente não satisfeita com o fato de não ter nenhuma medicação prescrita, solicitou um “remedinho de dor e outro de verme”.

A médica fez as prescrições e ressaltou que deveria tomar a medicação para a dor apenas quando a tivesse. Terminou a consulta dizendo: “Participe do Grupo de Idoso que é divertido e a senhora vai ficar se sentindo melhor. A senhora tá precisando de se animar um pouquinho. A senhora tá muito desanimadazinha”. Mesmo que a usuária tivesse sido escutada em parte, ainda não houve empatia. O tom mantido durante esse momento da consulta foi impositivo. As frases proferidas pela médica tiveram um caráter normativo.

O tom impositivo não permitia a troca entre as pessoas que participavam da interação. Uma opinião se sobrepunha à outra, que não conseguia se expressar, tamanha a força do argumento que a inibira por partir de uma figura de autoridade que detinha todo o saber: a figura da médica. As situações descritas revelam a necessidade de uma mudança que viabilize uma participação maior da usuária na produção da saúde.

Os diminutivos persistiram e houve uma alternância entre a informalidade e a formalidade. A médica ora se dirigia à usuária chamando-a de “senhora”, ora de “minha querida”, “meu amor” e de “meu bem”. A consulta durou cerca de 23 minutos e a despedida ocorreu verbalmente. Depois desse atendimento, foi realizado um breve comentário pela médica. Ela se referiu ao conjunto de consultas feitas até aquele momento. Com isso, agrupou as usuárias que compunham o grupo de hipertensão e diabetes a partir da atribuição de características comuns. Segue o trecho: “Hoje tiveram umas pessoinhas difíceis assim, difíceis que eu digo, complicadinhas né. Quando são pessoas não tão complicadas aí é mais fácil, o negócio flui mais rápido. Se bem que tá dentro do tempo, mas [...]”.

Pelo comentário inferimos que mais uma vez as usuárias SVD foram alocadas na categoria de pessoas difíceis. Emergiu uma imagem que concretizou o fenômeno para os médicos. Elas eram complicadas, “casos difíceis” que demandavam um tempo maior de dedicação e podiam assim, prejudicar o andamento das consultas subsequentes, além de comprometer a programação do médico. Ao mesmo tempo, esclareceu que o fato de serem consideradas complicadas poderia conduzir a certa frustração do profissional médico.

Por adotar sobremaneira uma racionalidade biomédica, o médico esperava obter um quadro definido suscetível a uma intervenção medicamentosa específica que cessaria o problema. Tais características dos atendimentos de maneira inconsciente (no sentido de um processo automático do qual não se tem ciência) eram resgatadas e realçadas a todo instante, enrijecendo práticas e comportamentos. Elas eram ativadas, provavelmente, pela defesa identitária do grupo que diante do fenômeno se via abalada e ameaçada. Isso porque o fato de não identificar, a partir da reunião de sintomas, dado diagnóstico o médico se vê falho, sem saber como conduzir o tratamento e destoante dos demais membros de seu grupo. Observamos esses elementos também nos comentários expressos pelas outras médicas.

Com os aspectos identificados nesse encontro chegamos aos Temas anteriormente destacados: a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos (Tema 21); infantilização dos usuários (Tema 24) e as usuárias SVD como caso difícil (Temas 33).

Finalizamos aqui a análise voltada aos atendimentos com usuárias SVD e seguiremos de modo a abordar outro aspecto imanente às consultas envolvendo esse público. Optamos por discutir separadamente a questão da prescrição de psicofármacos ou mesmo sintomáticos como forma de mediar a relação entre médico e usuária SVD. Ela de alguma maneira esteve presente na maioria dos atendimentos. Fez-se referência direta ou indiretamente à medicação como resposta às diversas queixas proferidas pelas usuárias SVD. No próximo tópico, também teremos a oportunidade de apresentar trechos de interações dos médicos com outras usuárias com o mesmo perfil.

2.8.5. O medicamento: papel na interação entre médico e usuária SVD

Diante das usuárias SVD percebidas pelos médicos como “normais” com base nos resultados de exames, houve uma tendência ao estranhamento, quase como se os sintomas apresentados pelas usuárias fossem anomalias com as quais havia dificuldade em lidar. As usuárias SVD eram posicionadas, assim, em condição marginal por não serem enquadradas completamente na categoria de “usuárias legítimas”, uma vez que não apresentavam sintomas coerentes com um quadro nosológico específico. A usuária SVD tinha seu cuidado prejudicado, sua fala ignorada e a relação com o médico restrita à solicitação de medicações que pareciam carregar o crédito do recurso mais eficaz para o auxílio no enfrentamento de suas dificuldades. Isso gerava mais dependência que autonomia. À medida em que se projetava na medicação a solução para os problemas, não era possível lidar com estes na ausência dela que só era disponibilizada pelo médico.

Não era apenas a relação instituída entre usuária SVD e médicos que condicionava o uso de psicofármacos, mas os atributos conferidos por médicos a esses comprimidos. A oferta da medicação nas consultas era realizada da seguinte forma: “Fluoxetina para a senhora ficar mais tranquila” (Elvira); “Um remedinho que vai te deixar mais feliz” (Daniela).

Ao remédio, era atribuída capacidade de atuar em um montante de sintomas: “O melhor vai ser esse aqui, fluoxetina. [refere-se a um antidepressivo] Então esse aqui vai ser o remédio ideal pra você. Pra ver se melhora também esses problemas de... ortopédico”. Neste caso, o médico não discutiu com a usuária a melhor alternativa para ela, tampouco apontou um diagnóstico que justificasse o uso da medicação indicada. As usuárias acabavam por fazer uso de um psicofármaco sem saber do que se tratava. Não havia qualquer esclarecimento nesse sentido. Ainda em outro atendimento o médico Clemir referiu-se ao psicofármaco como aquele que: “Vai melhorar a dor de cabeça, melhorar um pouquinho a ansiedade e vai acabar dormindo também. Melhorar as duas coisas”. Ainda aqui, mesmo informando que o psicofármaco atuaria nas dores, prescreve em conjunto o uso de um sintomático contra a dor.

Em uma das consultas em que a usuária SVD tinha alguma ideia sobre psicofármacos, o médico Clemir foi indagado quanto à indicação. Pareceu estranha à usuária a prescrição fora de contexto, pois foi apenas depois de relatar o último sintoma, dores musculares, que o médico lhe recomendou o uso de um antidepressivo. Ele perguntou: “Mais alguma coisa?” Aparentemente a consulta terminaria naquele momento, mas a usuária acrescentou a queixa de dores musculares. Então, ele enunciou: “O [nome de antidepressivo] não melhorava essas dores não?”.

A usuária questionou quanto à inadequação do medicamento para tal sintoma. Ele não esclareceu a atuação do medicamento apenas limitou-se a dizer que relaxava a musculatura. Então completou: “Eu acho que pra você vai ficar bem o [nome de um antidepressivo]”. A usuária buscou maiores esclarecimentos e perguntou a respeito de outro psicofármaco, parecia que queria poder optar pela melhor alternativa. Ele explicou que o medicamento perguntado causava dependência e insistiu na recomendação que fez. Além dele, contudo, ainda indicou outro sintomático para dores musculares.

Ao final, recomendou a procura da psicóloga da Unidade, embora não tivesse explorado em nenhum momento as queixas de ansiedade e estresse da usuária e tampouco relacionado o uso de psicofármaco a elas. O psicofármaco silenciou a queixa emocional e serviu como subterfúgio para o médico não trabalhá-la na clínica. Ele mediou a relação entre os dois envolvidos e tamponou a lacuna do atendimento.

Existiam tipos de psicofármacos que eram evitados nos consultórios. Justificava-se que causavam dependência. Uma das médicas, a médica Amanda, mencionou sobre um programa implementado na Unidade em parceria com a Equipe de Apoio Matricial. Essa equipe é formada por especialistas com o intuito de prestar apoio especializado aos trabalhadores que atuam na Saúde da Família, sob a forma de supervisão de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos e auxílio junto a prioridades apresentadas (conforme diretrizes apresentadas, por exemplo, por Campos & Domitti, 2007).

A finalidade do apoio voltava-se à conscientização dos malefícios da prescrição massiva de alguns medicamentos. Depois disso, os médicos foram

orientados a diminuir a indicação deles. Neste quesito, pareceu ter surtido resultado a intervenção da Equipe Matricial. Foi observada durante as consultas a resistência na prescrição de alguns benzodiazepínicos, no entanto, em seu lugar era indicado um antidepressivo com muita frequência, sem que alternativas fossem pensadas com os usuários.

Sobre isso, Amanda chegou a partilhar sua preocupação com a dependência dos usuários (tanto em geral quanto SVD) em relação aos benzodiazepínicos. Atribuiu a responsabilidade por isso aos próprios usuários e ao manejo dos médicos da situação. Ainda assim, durante os atendimentos, em apenas um caso ela orientou uma usuária SVD a procurar um homeopata. Nos demais, prescreveu antidepressivos. Observou-se que, diante das usuárias SVD, os médicos acreditavam ser razoável a utilização de psicofármacos, quando não causavam dependência. Mesmo que fossem usados continuamente, não eram benzodiazepínicos, mas uma resposta imediata à demanda apresentada. Ela poderia sair do consultório com algo que aliviasse sua dor, uma vez que a segurança do médico estava calcada mais nesse tipo de intervenção que na escuta. Outros artifícios que pareciam fazer as vezes de placebos também eram adotados com o mesmo objetivo, de oferecer resposta às usuárias SVD e segurança ao médico em sua prática.

Quando Amanda se manifestou a esse respeito, disse que havia “uma dificuldade grande de tirar os benzodiazepínicos desses pacientes. Tem paciente aqui que tá usando há vinte anos, há dez anos” [referindo-se aos chamados por ela de “poliqueixosos”]. Ao ser indagada se os psicofármacos eram inevitáveis em casos de sofrendores somáticos ela respondeu que tinha recomendado o uso de fórmulas homeopáticas. Embora não explicitasse sua convicção sobre a eficácia dessas fórmulas enunciou: “Eu tenho tido, com a homeopatia, um resultado semelhante em termos... Amenizando tanto quanto o uso de benzodiazepínico ou... Então, se tão fazendo mais ou menos a mesma, o mesmo efeito, pode ser até psicológico, por que não?”.

Ressaltou o quanto considerava a dependência negativa. Reafirmou o caráter de infantilização, quando atribuiu ser de competência apenas dos médicos

a ruptura com o uso desses psicofármacos e não algo produzido com o envolvimento da maior interessada, a usuária SVD:

Era interessante da gente ir desmamando. Eles não gostam muito não. A gente tava fazendo e tava tendo um resultado bom. Então, eu procuro, se for uma pessoa que eu posso pelo menos prorrogar um pouco de não usar, até ela entender mais ou menos o que tá acontecendo eu prefiro. Porque se não ela vincula àquilo, se agarra, entendeu...

As usuárias SVD foram apresentadas como incapazes, passivas, despojadas de toda autonomia diante de situações que diziam respeito à sua saúde. Assim, é possível pensar na lógica: quando a usuária deixa de ser dependente da medicação, torna-se dependente do médico. Despreza-se, com isso, aquela que estimula a participação ativa da usuária na construção de alternativas para a resolução de seu problema ou mesmo no esclarecimento de seu próprio sintoma.

Como vimos, os medicamentos eram prescritos pelos médicos sem discussão prévia com os usuários sobre as razões da recomendação. Os usuários, ao fazerem uso dessas medicações, não dispunham de informações precisas quanto à indicação. Não lhes era esclarecido o caráter dos psicofármacos e de que maneira eles agiam. Simplesmente, lhes era dito que teriam a remissão de seus sintomas como insônia, fadiga, dores no corpo, entre outros e ainda poderiam ficar mais felizes.

Diante desses aspectos positivos e promissores, aceitavam a prescrição e recorriam com frequência a esse dispositivo de cura e mitigação do sofrimento. Tratavam-no por “remedinho para dormir” e muitas vezes afirmavam não conseguirem ficar sem ele. A posição de alguns médicos em relação aos psicofármacos era ambígua. Oscilava entre a prescrição frequente em sua prática cotidiana e a ponderação de seu uso no discurso proferido.

Abdicava-se muitas vezes, da escuta empática na prática clínica nos casos de queixas acompanhadas de aspectos emocionais, para em seu lugar adotar a oferta de antidepressivos, benzodiazepínicos, sintomáticos ou mesmo calmantes naturais. A partir dessas considerações revisitamos Temas antes mencionados como a presença de relações que desfavoreciam o empoderamento (Tema 3); a reprodução do modelo clínico hegemônico pelos médicos (Tema 21); os SVD

associados a transtornos psicológicos (Tema 32). Além do tema novo que emergiu a partir da análise:

- Tema 34: o uso da medicação pelos médicos como um recurso mediador da relação estabelecida entre eles e as usuárias SVD.

Enfatizamos os encontros entre médicos e usuárias do sexo feminino com sintomas vagos e difusos, em razão da prevalência de casos observados envolvendo mulheres. A literatura também confirma a proporção superior da população feminina na manifestação de sintomas vagos e difusos, em relação aos homens, como apontado em momentos anteriores. Foram, todavia, acompanhados alguns atendimentos protagonizados pelo médico e o usuário SVD. De acordo com o Quadro 3 aplicando os critérios próprios à pesquisa, vimos que duas pessoas atendidas apenas referiram-se a usuários SVD (sendo que houve vinte e três mulheres com as mesmas características). Optamos por expor brevemente aspectos que permearam as interações com os homens SVD em um tópico específico.

2.8.6. Os encontros com homens SVD

Os dois homens foram atendidos por apenas duas médicas: Amanda e Bruna. A primeira diferença que surgiu foi o tempo dedicado a esses atendimentos, quando comparados àqueles com mulheres SVD. O atendimento com a médica Amanda durou cerca de 16 minutos e o realizado pela médica Bruna cerca de 18 minutos. Os homens tinham idades diferentes, o acompanhado pela médica Amanda tinha 64 anos e o acompanhado pela médica Bruna, cerca de 35 anos. As queixas apresentadas por eles foram vagas e difusas. Aquele que interagiu com a médica Amanda apresentou sintomas de tontura e gases. Aquele acompanhado pela médica Bruna queixou-se de queimação no estômago, ardência na região abdominal esquerda e por vezes fraqueza no braço e perna esquerdos.

O contato visual não foi tão frequente em ambos os casos. As médicas mantinham mais o olhar no monitor que no usuário, pareciam evitar fixar o olhar nele. Embora esse fator tenha também surgido nos atendimentos com as usuárias SVD, pareceu ter se intensificado em relação aos homens. Diante dos homens, as

médicas mantinham gestos mais contidos, portanto a agitação emocional traduzida por movimentos do corpo mais abruptos não foi observada. O exame físico foi realizado pela médica Bruna e, no caso acompanhado pela médica Amanda, a estagiária foi a responsável por ele. Amanda emitiu uma miríade de diminutivos afetivos durante o seu atendimento tais como: “examizinho”, “dedinho”, “remedinho”, “tonturazinha”, entre outros.

O tom mantido pela médica Amanda foi pedagógico representado por frases como: “Não vai usar pomada não”. Ainda chegou a ser impositiva ao dar recomendações com veemência quando balançava a cabeça e gesticulava bastante para enfatizar sua fala. Na interação entre ela e o usuário SVD, observou que os sintomas relatados não se relacionavam à doença crônica dele, diabetes. Não apresentou a pesquisadora a ele tampouco a estagiária que entrou na sala momentos depois do início da consulta. Soou estranha a utilização dos diminutivos nesse atendimento por envolver um homem de 64 anos, bastante sério e que se mostrava pouco à vontade com o momento de consulta. Interrompeu o usuário três vezes. Durante a consulta o usuário olhou para a pesquisadora com a finalidade de explicar o que sentia e esse evento se repetiu sempre que a médica não lhe dirigiu o olhar. Ela prescreveu medicações que não podiam ser retiradas na farmácia da Unidade.

Já a médica Bruna alternou o tom sereno com o inquisidor, ao indagar a respeito dos sintomas. Ela chegou a perguntar por vezes se ele se considerava uma pessoa ansiosa. Ele respondeu que não, mas depois disse ficar bastante nervoso com algumas situações do cotidiano. Bruna parecia atenta à queixa, perguntava sobre as medicações anteriores prescritas. O usuário disse que não conseguiu dar continuidade por não ter se sentido bem com elas. Não lembrava das prescrições. Ela então receitou um calmante. Comentou com a pesquisadora ao final da consulta que suspeitava ser o quadro desse usuário semelhante àquele de outro rapaz que ela acompanhava. Em uma entrevista de tipo etnográfico, ela relatou suas impressões a respeito. Disse:

Eu acho que ele tem mais que uma simples ansiedade. Tem alguns homens que a gente tem observado, eles parecem ter um transtorno meio comportamental mesmo. Eu tenho um paciente aqui que ele toma fluoxetina, toma rivotril. Sem toda essa medicação ele é uma pessoa completamente intolerante, mas assim com ele já é intolerante sem ele é

absurdamente intolerante [...] Você vê que não é uma intolerância emocional é uma intolerância que parece doença mesmo.

A pesquisadora indagou então se ela acreditava que o caso relatado era coincidente com o caso do usuário que acabara de atender. Ela afirmou que sim e justificou: “Ele é muito aflito, por isso que eu insisti, você se acha ansioso? Num primeiro momento ele negou, depois ele falou até de tremores. Uma pessoa que quando discute sai tremendo, ela não tá tendo equilíbrio sobre o próprio corpo”. Ainda completou que, embora o usuário não frequentasse a Unidade assiduamente, a impressão dela era de que “pelo comportamento dele, pelo que eu tenho visto, é o tipo de paciente que assim, é bem intolerante. É a minha impressão. É quase um preconceito”.

Por fim, disse que o usuário que acabara de atender tinha ansiedade generalizada. Pelo que conversamos, elaborou tal ideia baseada em poucos e breves atendimentos. Durante a consulta, o usuário parecia tranquilo. Falou apenas quando solicitado e acatou as recomendações da médica. Não havia agitação motora presente, tampouco hostilidade.

A partir dos comentários, observou-se que a médica relacionou os sintomas do usuário a um quadro patológico. Negou que os comportamentos relatados por ele fossem fruto de algo emocional. Ainda admitiu que suas constatações pudessem estar calcadas em um preconceito. Não ficou clara a questão, mas parecia que ela havia se referido à sua dificuldade de conceber as manifestações sintomáticas deste tipo (vagas e difusas) desenvolvidas por alguém do sexo masculino. Manifestações como essas em homens seria, aparentemente, mais inconcebíveis que em mulheres. Ficou mais clara, no caso dos homens, a associação dos sintomas com um tipo de transtorno que requeria medicação.

2.9. Considerações acerca da 2ª. etapa: o interior dos consultórios

Partindo dos atendimentos aos usuários em geral, vimos que os médicos consultavam a agenda e verificavam o nome do próximo usuário. De suas cadeiras anunciavam, em voz alta o próximo a ser atendido. Essa conduta era rotineira, ela caracterizava o início da interação entre médico e usuário, como

vimos. Poucos eram os médicos que se levantavam de suas cadeiras e percorriam os espaços da Unidade em busca do usuário. Os usuários adentravam os consultórios. Os médicos mantinham-se sentados e verbalmente cumprimentavam.

De maneira geral, conservavam certa distância física em relação aos usuários. Eram raros os casos daqueles que, por iniciativa própria, cumprimentavam todos no início dos atendimentos com um toque: aperto de mão, beijo no rosto ou abraço. Isso ocorria com frequência nas consultas da médica Daniela. Quando os usuários buscavam esse contato, o médico era surpreendido, essa iniciativa interrompia o automatismo dos atendimentos e levava à correspondência do gesto. Habitualmente, contudo, os cumprimentos eram breves e verbais. Cabe destacarmos que os gestos que acompanham a recepção do usuário, embora pareçam, não podem ser tratados como mera formalidade. Eles constituem o cuidado e interferem fundamentalmente no acolhimento por representarem o rompimento de um território pessoal do médico, muitas vezes preservado.

Todos os médicos realizavam anotações nos prontuários ao longo da consulta, o que levava à criação de momentos de silêncio breve ou prolongado, como vimos. Desde a entrada do usuário no consultório, as perguntas lhes eram feitas e as respostas repassadas aos prontuários imediatamente. Isso fazia com que o médico dividisse sua atenção com a redação de informações no documento e com a escuta do relato daquele que estava diante de si. Não era raro o direcionamento do relato voltar-se para a pesquisadora nesses momentos, como verificamos no atendimento da médica Elvira, por exemplo. Observou-se que os usuários queriam saber que estavam sendo ouvidos e o desvio do olhar do médico representava o contrário, fechava o canal de comunicação entre os dois.

Habitualmente, as consultas seguiam um roteiro estruturado: o usuário entrava, sentava-se, sua queixa era investigada de maneira objetiva, o exame físico realizado com o estetoscópio e com toques, prescrição de exames, medicações, encaminhamentos e despedida. Normalmente, as situações de toque entre médicos e usuários em geral ocorriam no exame físico, quando este não era realizado, a restrição do contato era ainda maior. A postura de alguns

refletia o modelo tradicional de clínica com uma conduta ritualizada e estereotipada. Foi marca de todos os atendimentos perguntas do tipo interrogatório sobre os sintomas, em uns mais que em outros como verificamos. Apareceu com frequência também a transmissão de informações. Esse comportamento dos médicos pareceu ser um aspecto que definia a relação entre eles e os usuários. Tais condutas pareciam ser a única finalidade do trabalho e a resposta mais adequada ao usuário.

Para dinâmicas como essas, que deflagram a supremacia da autoridade médica, Campos (2011) sugere a adoção de uma prática compartilhada na qual o usuário gerencia em conjunto com o médico o diagnóstico, as opções de intervenção e de tratamento. Além disso, ele deve ser convidado a discutir os resultados. Caso contrário, ao manter as dinâmicas correlatas a uma prática clínica tradicional, a potência do recurso da escuta empática na prática clínica se esvai. A tecnologia das relações da qual faz parte, perde espaço para a tecnologia dura dos exames e procedimentos (Franco et al., 2003).

Logo nos primeiros momentos do encontro, havia preocupação com o motivo da consulta. Os sintomas eram objetiva e minuciosamente investigados: Onde dói? Como? Desde quando? O que mais sente? Outras vezes um pouco protelados, depois de uma abordagem mais informal ao usuário. Quando o usuário relatava de maneira mais extensa o que sentia, era interrompido. Os médicos, possivelmente primando pela objetividade, direcionavam e selecionavam as informações de seu interesse de modo a condicionar o ritmo e o teor das consultas. Quando isso não ocorria, o silêncio imperava, porque o médico concentrava-se por um período limitado no relato. Havia grande preocupação com redigir nos prontuários os sintomas e as impressões. A usuária, muitas vezes, aproveitava o silêncio para enunciar outros sintomas ou realizar pedidos de medicação ou exames, quando sentia a abertura do médico para isso.

As trocas de interlocutor (alternância entre a fala do médico e a fala do usuário) ocorriam, na maioria das vezes, pela condução do médico. Ele assumia o controle da fala dos usuários. Alguns usuários, quando se sentiam mais à vontade ou quando eram mais articulados, conseguiam uma troca maior com os médicos. Aqueles que eram menos articulados se contentavam em relatar minimamente os

sintomas, quase não indagavam a respeito destes, aceitavam as prescrições e acatavam em silêncio as orientações.

Quando os médicos atendiam usuários de sua área, detinham informações mais detalhadas a respeito da família e das condições de saúde. Nessas situações, eventualmente realizavam perguntas mais pessoais, mas a exploração de aspectos do contexto era pouco contemplada. Se o faziam, era apenas de forma breve e superficial. Essas observações parecem convergir com o estudo de Caprara e Rodrigues (2004), que constatou que os médicos não atribuíam aos seus pacientes a competência de gerir o cuidado de sua saúde tampouco agiam no sentido de mobilizar a autonomia e a participação destes nas decisões sobre seu tratamento.

Segundo estudo sobre a APS realizado pela Organização Mundial de Saúde (2008), o cuidado nesse nível de atenção deve estar orientado para as pessoas e isso significa considerá-las de maneira integral e compreensiva. No entanto, embora as pessoas demandem essa postura mais compreensiva daqueles que realizam o cuidado, relativa às limitações que enfrentam e ao seu sofrimento, muitos médicos da saúde negligenciam esses aspectos. Tal negligência é mais evidente em relação a integrantes de grupos sociais menos favorecidos. Isso interfere na relação terapêutica.

Condutas que denotaram a autoridade exercida pelo médico sobre o usuário em geral e a impessoalidade do atendimento foram observadas. Elas eram manifestadas por verbalizações, tonalidades de voz e um distanciamento afetivo em relação ao usuário. Queremos dizer com distanciamento afetivo o fato de o médico não desenvolver uma atitude empática diante do sofrimento externado por uma usuária, por meio de gestos de aproximação ou mesmo palavras reconfortantes. A observação de empatia, ainda que sutil, ocorreu no atendimento da médica Bruna, que não ignorou a dificuldade vivenciada pela usuária em geral atendida quando esta verbalizou que não possuía recursos financeiros suficientes para trocar seus óculos. Como forma de acolhimento da dificuldade da usuária, a médica enunciou: “Tá muito caro”.

Dados obtidos pelo estudo de Souza e Menandro (2011) corroboram as situações encontradas, quando apontam para a dificuldade dos médicos em

realizar uma intervenção considerando o ponto de vista dos usuários. Há predominância da fala do médico no encontro clínico e a redução desta interação a procedimentos técnicos no manejo do problema apresentado, com a negligência de uma relação sócio-afetiva.

As práticas dos médicos eram normativas e condicionavam a comportamentos característicos como a objetividade na busca pelos sintomas, o preterimento de aspectos emocionais abordados pelos usuários e o teor das prescrições dadas. Era possível que houvesse influência das normas operacionais sobre esse tipo de conduta que, como afirmado anteriormente, privilegiavam o fluxo do consultório e reforçavam um modelo clínico tradicional, em oposição à Clínica ampliada (Campos, 2003) e à ação comunitária. A nova direção da USF, segundo os médicos, era orientada por essa lógica, com o objetivo de dar vazão à demanda diária. Desestimulava os médicos a atuarem mais diretamente no território com a formação de grupos em outros espaços, por exemplo. Revelaram-se pontos de discordância entre médicos e direção. Dados indicaram que a proposta dos médicos caminhava no sentido de valorização de uma conduta mais ampla, contemplando aspectos como a educação e prevenção em saúde. E a preocupação da gestão, segundo os médicos, estava em um modelo tradicional de atuação, centrada na clínica médica curativista.

Por essas características da gestão, podemos sugerir que a prática da cogestão entre médicos e dirigentes era deficiente. As finalidades da gestão voltavam-se mais aos fluxos e procedimentos que para o manejo de casos e o cuidado do usuário. Há de se levar em conta, quando o paradigma é a Clínica ampliada, a melhoria das condições de saúde do usuário, a satisfação dos profissionais no trabalho e a reprodução social da Unidade (Campos & Amaral, 2007).

Em oposição ao paradigma de Clínica ampliada, as Situações observadas afinaram-se mais às constatações realizadas por Campos et al. (2008) ao analisar a Saúde da Família. Ele enuncia que é frequente a insegurança dos médicos no apoio técnico, assim como é prejudicada a satisfação no trabalho pela falta de valorização da atividade do profissional, a baixa remuneração e a ausência de perspectiva de ascensão a outros cargos. Todos esses elementos tornam a

atuação na ESF pouco apreciada pelos médicos, impactando diretamente no seu envolvimento com ela.

Podemos pensar que esses fatores estão relacionados ao lado do médico no “ciclo de cuidado”. Os médicos podem ser influenciados no estabelecimento da relação médico e usuário, por aspectos que se relacionam a sua insatisfação, o que determinará uma recepção mais calorosa ou mais formal. Nesse sentido, destacam-se os horários, a sobrecarga de trabalho, o humor do médico, por exemplo (Pendleton et al., 2011). Além disso, podemos apontar outros fatores que influenciam a relação entre médico e usuário como o papel das representações sociais sobre diferentes objetos que permeiam serviços de saúde como: os usuários, o bom médico, a saúde, a doença e o cuidado. Eles constituem elementos de ancoragem e de orientação de práticas sociais.

O que vimos quanto às práticas desempenhadas por médicos, em síntese, foi a valorização de atendimentos do tipo tradicional e prescrição medicamentosa, com prejuízo do vínculo entre médico e usuário em geral, embora os médicos afirmassem a importância do exercício de uma clínica que trabalhasse a promoção de saúde, mais que a cura da doença. Quando isso não ocorreu, tentativas de exercer a clínica de modo ampliado foram feitas, no entanto respeitava-se a forma e distanciava-se dela na implementação. Quando a dimensão da integralidade na atenção fica restrita a sua apreensão como um modelo e não como um conhecimento construído por aquele que implementa as ações, as possibilidades trazidas pelo contato com a população do território e pelo caráter longitudinal do cuidado perdem sua potência. O contato com a população deixa de ser elemento fundamental das ações dos profissionais, para se tornar um meio que alimenta a prática mais próxima ao saber e às condutas da clínica tradicional (Favoreto, 2007).

Isso se enfatiza quando os entraves à efetivação do modelo de Clínica ampliada são levantados pela própria gestão das instituições que investem em procedimentos desfavoráveis à construção de vínculo consistente entre médico e usuário. Campos e Amaral (2007) ressaltam a importância do incentivo a dispositivos que propiciem interações e fortaleçam os vínculos entre médicos e usuários.

Os exemplos de práticas autoritárias, de caráter normativo relacionavam-se a sermões dados e a cobranças diversas feitas aos usuários. As frases proferidas muitas vezes, eram iniciadas por “Tem que”. Diante dessas prescrições, muitos usuários as acatavam silenciosamente e assumiam uma postura passiva, tal como observado no ambiente geral da Unidade, como se sucumbissem à Função Apostólica discutida por Balint (1984). A margem de participação deles nos atendimentos limitava-se a pedidos de medicação e a pequenas tentativas de relatar com mais detalhes os sintomas.

Os médicos associavam-se aos enfermeiros e formavam um grupo cujos atributos ganhavam tons de superioridade em relação à categoria dos usuários em geral, tidos como “ignorantes” e “coitados”. Essas foram as duas imagens às quais os médicos relacionaram os usuários em geral. Elas constituem modos de objetivação que conduzem à naturalização da percepção a respeito de certo objeto e da prática direcionada a ele. Todavia não foram apenas encontrados modos de objetivação, mas também de objetificação que tornavam os usuários objetos de manipulação arbitrária pelos médicos. Todos esses elementos configuram uma relação entre médico e usuário em geral assimétrica, marcada pela concentração de poder nas mãos do primeiro e desincentivo à autonomia do segundo. Estabeleciam-se dois pólos o do patrão-médico/membros da equipe de saúde e o do subordinado-usuário. A consolidação de uma política de saúde democrática, como o SUS, fica significativamente prejudicada com a presença de tais práticas.

Ao cuidado elas representam entraves, uma vez que não há discussões construtivas que ampliem e aperfeiçoem a capacidade do sujeito de arbitrar sobre sua própria vida e a de realizar escolhas genuínas na promoção de sua saúde (Pendleton et al., 2011). Ele acaba por se tornar um cúmplice do processo de opressão sofrido. Isso ocorre quando ele assume as normas impostas pelo opressor e passa a se ver a partir dos olhos deste, crendo-se assim dependente, coitado e ignorante (Moffatt, 1986).

Depois desse panorama, que abarcou elementos da relação estabelecida entre médicos e usuários em geral, propomos a apresentação de pontos relevantes à discussão das representações e práticas sociais elaboradas pelos

médicos em relação às usuárias SVD. Destacamos ao longo da discussão o quanto aspectos observados na relação entre médico e usuário em geral poderiam contribuir para a consecução dos objetivos do trabalho. Para seguir essa proposta, apresentamos o Quadro 4, que descreve implicações para as relações com usuárias SVD a partir dos Temas identificados em relação aos usuários em geral (tal como no procedimento adotado por Souza, 2012).

Quadro 4. Observação participante: Temas que compreenderam Situações de médicos com usuários gerais e poderiam influenciar na interação com as usuárias SVD.

Temas	Influência na interação médico-usuária SVD
Tema 17: operacionalmente havia o privilégio de ações voltadas a atendimentos nos consultórios.	Racionalidade Gerencial Hegemônica que resultava em condutas antidemocráticas, calcadas em uma dinâmica médico-centrada, interações verticalizadas de caráter normativo, com prejuízo da escuta e do acolhimento. Aspectos intensificados quando na presença de usuárias SVD.
Tema 18: os médicos manifestavam descontentamento em relação à gestão da USF.	
Tema 19: os médicos não percebiam incentivo, por parte da direção, a práticas de cogestão.	
Tema 11: na percepção dos médicos e na organização espacial da Unidade, os usuários apareciam como categoria distinta.	Generalização dos usuários sob as imagens de “tadinhos” e de “ignorantes” que orientavam práticas de defesa identitária do grupo de médicos e de dependência por parte das usuárias SVD. Além disso, a reprodução do modelo tradicional de clínica que congrega práticas restritivas à manifestação dos usuários, dificultava especialmente a relação com usuárias SVD. Sua condição demandava mais escuta e o exercício da Clínica ampliada que a condição dos usuários em geral.
Tema 20: os médicos mantinham uma conduta restrita ao modelo de palestra, calcada na transmissão do saber daquele que o detém aos que são destituídos dele.	
Tema 21: os médicos reproduziam um modelo clínico hegemônico por não abrirem um espaço de escuta e de manejo das dificuldades enfrentadas pelos usuários.	
Tema 22: na percepção dos médicos os usuários em geral eram definidos pelas imagens de “tadinhos” e “ignorantes”.	
Tema 23: a entrevista clínica realizada pelos médicos assumia a forma de um interrogatório.	
Tema 24: os médicos exibiam comportamentos que infantilizavam o usuário.	
Tema 25: os médicos nutriam durante os atendimentos tons maternal e pedagógico.	Práticas que conduziam à desqualificação não só do saber, mas do sofrimento da usuária SVD por terem como foco o alcance de um quadro diagnóstico delimitado.

Guardaram características diferentes as interações envolvendo médicos e usuárias SVD. Era peculiar a esses atendimentos a verificação de exames que constatavam a ausência de doenças relativas aos sintomas diversos manifestos pelas sofredoras somáticas. Dentre todos os sintomas, emergiam situações de conflito vivenciadas e a experiência com sentimentos que angustiavam,

traduzidos por elas como estresse, ansiedade e nervosismo. Muitos desses relatos eram ignorados pelos médicos ou mesmo abordados de maneira não acolhedora. As usuárias SVD eram repreendidas e responsabilizadas com veemência pela situação vivenciada.

Eram constantes os usos de diminutivos durante os atendimentos tanto de usuários em geral quanto de usuárias específicas: “açucarzinho”, “pressãozinha”, “remedinho”, “comprimidinho”, “consultinha”, “colesterolzinho”, “direitinho”, “papelzinho”. A utilização de diminutivos está de certa forma relacionada à imagem de “tadinhos” anteriormente mencionada e partilhada por alguns médicos em relação aos usuários em geral. Como destacado no Quadro 4 a imagem de “tadinhos” influenciava nas práticas dirigidas às usuárias SVD. Quando pensamos em coitados, dentre as características associadas a essa expressão está a falta de autonomia o que normalmente é correlata a uma condição de infante. Os infantes devem ser conduzidos e orientados por adultos, mais experientes e detentores de saber. Se as usuárias eram concebidas como coitadas, de pouca autonomia, eram, portanto, infantilizadas. Os termos mais adequados a um menor são os diminutivos recorrentes nos atendimentos.

Médicos redigiam nos prontuários que as usuárias estavam depressivas ou estressadas, mas não aprofundavam tais queixas, tampouco partilhavam com elas suas impressões. Essas práticas alijavam as usuárias de seu próprio processo de adoecimento e as alienavam de seu sofrimento. Nesse sentido podemos dizer que elas eram desqualificadas como usuárias, relegadas a uma condição marginal. Guedes et al. (2008), em um estudo sobre sofredores somáticos, constatou que estes não chegavam a atingir o status de “pacientes”. Eram considerados como “quase pacientes” tornando-se um problema para o médico que os atendia. O que vimos até o momento nos conduziu a uma ideia semelhante. Identificamos que os médicos acreditavam que as usuárias SVD não tinham “nada sério”, que estavam com os exames normais e, por essa razão, não poderiam ser consideradas doentes.

Quando falamos em “quase pacientes”, invocamos uma imagem relacionada às usuárias SVD, possivelmente ancorada na concepção geral de saúde e doença e na concepção sobre quem era o usuário legítimo e o ilegítimo.

Para respeitar a terminologia das políticas de saúde, utilizaremos o termo “quase usuários” ao invés de “quase pacientes”. Eram usuários aqueles que recorriam à assistência médica por uma razão legítima: a presença de uma patologia com sintomas claros e específicos que a identificassem. No caso das usuárias SVD, não havia essa percepção por parte dos médicos sobre o seu sofrimento, estava em cheque sua condição de doente, o que implica dizer que não era candidata ao cuidado qualificado.

Outra marca que ganhou destaque nos atendimentos às usuárias SVD foram as constantes interrupções de suas falas pelos médicos, visando à objetividade e mesmo a negligência de informações relatadas. Ao ignorar algumas falas, por meio do desvio do olhar e da não responsividade diante do enunciado, o médico realizava um tipo de escuta seletiva. Ele valorizava os aspectos fisiopatológicos em detrimento de outros, sociais, afetivos, culturais e psicológicos, igualmente importantes por abarcarem e refletirem a singularidade do adoecer humano, mas desvalorizados.

A usuária SVD não era incentivada a relacionar aspectos vivenciais aos seus sintomas, o que a conduzia à alienação de si. A partir do momento em que se abre um espaço para a manifestação do usuário no consultório médico, atribui-se importância ao conhecimento dele. Para a relação entre médico e usuário tal abertura ao segundo, confere um limite ao saber do médico. Diferente da unilateralidade da intervenção, relativa a um processo antes hegemônico, a relação transforma-se em troca originando um processo contra-hegemônico. Esse, por sua vez, possibilita um deslocamento do poder do médico para o usuário. Ao médico, coloca-se um limite para a atuação. O aprofundamento em questões das quais não possui conhecimento objetivo o conduz a solicitar auxílio de profissionais de outras áreas como psicólogos, enfermeiros, entre outros. Ao usuário, apresenta-se a possibilidade de se apoderar de seu processo de adoecimento, tendo a percepção de seus determinantes e assim reaver a competência para transformá-los (Fernandes, 1993).

No estudo de Guedes (2007), realizado sobre o tema aqui desenvolvido, os médicos em contato com sofredores somáticos também buscavam enfatizar o estado de normalidade do usuário. Sugeriam com ênfase que os sintomas

manifestos não deveriam ser levados em consideração, uma vez que não eram “sérios” ou “verdadeiros”. Com essas verbalizações, conclui a autora, os médicos delimitavam ainda mais o escopo de sua atuação. Tudo o que desviasse da concepção de doença adotada por eles não podia ser alçado à categoria de doença “verdadeira” e portanto, não adquiria o status de algo sério.

Os exames fisiopatológicos contribuem para a legitimação de uma doença. Nos casos de usuárias SVD, os exames comumente não apresentavam alterações substanciais que justificassem os sintomas relatados e os médicos tendiam a refugiar-se muitas vezes nas comorbidades como hipertensão e diabetes, geralmente apresentadas pelas usuárias SVD. Tais patologias constituíam-se em construtos familiares e seguros, ofertando ferramentas padronizadas para lidar com as inúmeras queixas pronunciadas. Assim, os sintomas eram agrupados de modo a reafirmar a doença conhecida e outros fatores possivelmente associados eram negligenciados.

Como normalmente os exames eram verificados no início da consulta, enquanto a usuária enunciava sua queixa, os resultados representavam um ponto fundamental para a construção do fenômeno no momento. Ao médico era dada uma comprovação palpável de que a usuária “nada tinha”. Então qual seria o motivo de sua queixa? Talvez concluíssem que não havia motivo algum e assim enfatizavam os resultados dos exames.

A escuta seletiva, com isso, podia ser justificada e o médico possuía o aval para se eximir de outras intervenções terapêuticas que explorassem questões julgadas fora de sua alçada profissional. Aqui observamos que as representações sociais acerca da doença e do doente exerciam certa força prescritiva em relação à prática. Isso destaca sua função de “coerção variável” de acordo com o que nos ensina Rouquette (1998). A decretação da condição de normalidade chancelava condutas. Convergindo com os resultados encontrados por Guedes et al. (2008), notamos que as doenças eram também compreendidas pelos médicos como entidades autônomas, dissociadas de um indivíduo capaz de produzi-las e de atribuir significados a elas.

Os médicos, como vimos, sentiam-se enfadados e impacientes diante das usuárias SVD. Os afetos que permeavam a relação de ambos pareciam, associar-

se a crenças alimentadas pelos médicos sobre tais usuárias. Algo correlato à ideia de Arruda (2009) sobre o papel dos afetos na construção das representações sociais. Ela afirma que os afetos estão na base da construção de um pensamento compartilhado socialmente porque é ativado no momento em que o objeto provoca seu observador. Se as usuárias SVD provocavam no médico certa impaciência e cansaço, elas poderiam ser consideradas chatas, cansativas ou mesmo difíceis. Isso porque provavelmente eram refratárias às intervenções medicamentosas, não se enquadravam adequadamente em um quadro diagnóstico e recorriam repetidamente aos serviços de saúde com queixas variadas. As características peculiares desse tipo de atendimento remetiam à frustração do médico que se via atingido em seu poder de resolução de problemas de saúde, em sua onipotência.

Guedes (2007) corrobora tais observações quando afirma que a relação de causalidade estabelecida entre causa-lesão, norteadora da conduta ligada à biomedicina, é rompida diante dos sofredores somáticos. Quando fatores subjetivos entram em cena e se destacam no processo de adoecimento, os médicos deparam-se com um desconforto. Trata-se da dificuldade em oferecer alternativas eficazes para o problema apresentado. Os procedimentos técnicos como solicitações de exames e prescrições medicamentosas mostram-se pouco resolutivos para esses casos, levando a uma dupla frustração, tanto de médicos quanto dos usuários, além de elevar os custos dos serviços de saúde.

Nesse sentido, podemos inferir que existia uma forte relação com o aspecto identitário, uma vez que os médicos viam-se atingidos em sua capacidade de resolução do problema com o qual se deparavam. Isso os fragilizava como grupo e podia suscitar certo enrijecimento e estereotipia das práticas quando frente a representantes de outro grupo (usuárias SVD) responsável por esse processo. Cumpre destacar que a representação social não exerce apenas sua influência na familiarização do objeto, mas atua na familiaridade com o grupo. A dimensão afetiva permeia e suporta este movimento, apoiando-se na memória, na vivência cotidiana e no contexto da situação. A concretização da interação carrega consigo não só o desejo de se identificar como o de ser identificado pelo grupo como um membro (Arruda, 2009).

Nos atendimentos às usuárias SVD, os médicos chegavam a recorrer ao aconselhamento e à motivação como recursos terapêuticos, além da prescrição de psicofármacos e medicamentos sintomáticos. Esses elementos eram externos à usuária SVD, por refletirem uma intervenção unilateral, em que a troca estava ausente, e tornavam-se um impedimento à expressão livre desta. Quando esses recursos são adotados massivamente, acabam por suprimir crenças, práticas e aspectos singulares do usuário que poderiam emergir e serem utilizados no manejo de seu sofrimento (Campos, 2003).

O discurso médico atravessa a vida cotidiana e dita comportamentos: ordena a maneira correta de os indivíduos se alimentarem, as atividades adequadas a serem realizadas, os hábitos saudáveis a serem incorporados à rotina. Esse conjunto de prescrições acaba por orientar modos de vivenciar e compreender a existência. Os medicamentos entram nesse meio como dispositivos suplementares à melhoria da saúde e sua proteção. Eles são míticos quando utilizados como aqueles que extrapolam sua atuação, vão além da supressão de doenças alcançando o papel de cauterizador e apaziguador do sofrimento humano (Dantas, 2009).

O que Canguilhem (1995) intitula de margem de tolerância ou segurança ao pensar sobre saúde que diz respeito à capacidade de reação de um indivíduo frente a situações novas, transfigura-se em algo a ser suprimido pela medicação que se lança à categoria de fundo de reserva. Com ela, sob essa perspectiva, é que se pode contar para se atingir o bem-estar. Ela substitui os recursos do próprio indivíduo para o enfrentamento da vida diária (Dantas, 2009). Assim, abdicar da fala da usuária que carrega aspectos de seu sofrimento, valendo-se de recursos externos a ela que não incentivam a sua participação na definição do que fazer para minimizar sua dor, alimenta a dependência dos serviços de saúde e a alienação quanto a sua condição.

2.10. Integração: 1ª. e 2ª. etapas

As duas etapas foram reveladoras de uma dinâmica institucional em que as bases estavam fixadas em uma Racionalidade Gerencial Hegemônica (Campos, 2013). Tanto no ambiente geral da Unidade quanto no interior dos consultórios,

podemos observar o quanto essa racionalidade alimentou outras tantas que conduziram a práticas alienadas e alienantes com prejuízo não só do processo de trabalho como para o cuidado em saúde. As consequências dessa hegemonia foram refletidas sobre as relações estabelecidas na USF, tornando-as impessoais e sendo responsáveis pela manutenção de práticas excludentes.

Houve flagrante impacto no acolhimento, desde a recepção até os consultórios. A dinâmica médico-centrada por sua vez acabou roubando a cena do serviço em função do enfraquecimento de uma lógica usuário-centrada. Elevaram-se assim, práticas de caráter autoritário e normativo que deram forma a relações de dependência e de submissão. Contribuíram para isso também os processos sócio-cognitivos empenhados por todos os atores que circularam pela Unidade. Os trabalhadores de saúde nos dois ambientes partilhavam teorias e ideias acerca dos usuários e de outros grupos com os quais conviviam. Tais ideias e teorias orientavam práticas. Quando os médicos concebiam os usuários em geral como categoria distinta, tendiam a agir de maneira correspondente. Eles passavam a assumir e naturalizar um tipo de relação social que operava na consolidação da identidade deles como um grupo que guardava atributos positivos na comparação com os outros grupos.

Vimos ao longo da exposição dos resultados que os médicos situavam os usuários, por meio de processos de classificação e comparação (Moscovici, 1961/2012), no campo da alteridade. A alteridade, no plano do vínculo social, opera na relação entre um “ego” (médico) e um “alter” (usuário) e torna evidentes atributos conferidos ao objeto desde o exterior que delimitam diferenças. As diferenças tendem a distanciar o “ego” do “alter” definindo uma relação intergrupala. Tratam-se de categorias sociais com características opostas, haja vista a ascensão de atributos valorativos sobrepondo-se às tipificações desvalorizantes conferidas a membros de um grupo diferente (Jodelet, 1998).

Pensando nesses processos, os dados das observações, relativos tanto ao ambiente geral da Unidade quanto ao interior do consultório, revelaram semelhanças entre os usuários em geral e as usuárias SVD. As representações sociais desenvolvidas pelos médicos da Unidade sobre os usuários em geral indicaram pontos de ancoragem congêneres quando evocadas representações

acerca das usuárias SVD. Ambos foram objetos de infantilização por médicos à medida em que eram agregados à mesma categoria: a de classe popular.

Nesse ponto de contato, tanto os usuários em geral quanto as usuárias SVD eram considerados “tadinhos” e conseqüentemente, destituídos de autonomia. Ambos incluídos no campo da diferença em relação à categoria dos profissionais médicos, de inserção social diferenciada. Tais representações apontaram no sentido de uma prática comum voltada aos dois tipos de usuários, a do exercício da autoridade e do poder por parte da categoria munida de saber legitimado e distinta em seu status social.

No entanto, verificou-se que a condição de “quase usuários” que delegava às usuárias SVD um caráter marginal, as excluía duas vezes. Uma por pertencerem à classe empobrecida da sociedade e outra por serem excluídas da categoria de doente e, por isso, desqualificadas para o usufruto de serviços de saúde. Elas ainda eram convertidas em um elemento que provocava desconforto nos médicos, algo não observado em relação aos usuários em geral. Na presença dos usuários em geral, os médicos eventualmente davam sinais de impaciência, mas por razões distintas se comparadas àquelas pelas quais os médicos demonstravam o mesmo afeto na presença das sofredoras somáticas. A impaciência presente na interação entre médico e usuário em geral dizia respeito à necessidade do médico de acelerar o ritmo da consulta e de direcionar o relato. No caso das usuárias SVD a impaciência relacionava-se mais ao incômodo do médico frente à profusão de sintomas durante o atendimento.

O elemento afetivo tornava-se um diferencial entre as condutas voltadas aos usuários em geral e aquelas dirigidas às usuárias SVD. O elemento afetivo característico dos atendimentos foi o fato dos médicos sentirem-se “enfadados” e irritados diante das inúmeras e inespecíficas queixas apresentadas pelas sofredoras somáticas, de difícil enquadre nosográfico. Nesse momento, podemos definir mais claramente o desconforto vivenciado pelos médicos na interação com usuárias SVD, algo que não foi possível aclarar no ambiente geral da Unidade.

O aspecto afetivo foi um dos responsáveis pelo enrijecimento das práticas voltadas a elas, por causarem uma reação de defesa identitária nos médicos, como vimos. Esse fator designou comportamentos intensificados quando

comparados àqueles dirigidos aos usuários em geral, tais como: negligência de falas dos usuários, interrupções constantes, desvios frequentes do olhar, agitação emocional e repreensões. Outros elementos presentes nos atendimentos às usuárias SVD foram o preterimento das queixas emocionais, certa hostilidade, o artifício do aconselhamento breve no sentido de prescrever comportamentos e não de construir alternativas em conjunto, o encaminhamento para especialistas diversos e a utilização de psicofármacos.

Os médicos evitavam entrar em contato com situações que fugissem ao controle e que os levassem a entrar em contato com suas limitações. Estavam diante de uma pessoa que, segundo suas percepções, manifestava inúmeros sintomas, era refratária às medicações indicadas e que sempre retornava. Tratava-se de um caso que não fechava, de um quadro que estava aberto, de algo que não podia ser classificado de acordo com os códigos sustentados pela ciência médica. Por essas razões, emergiu a imagem de “caso difícil” para denominar tais usuárias SVD.

Essa imagem é relevante para a discussão sobre a maneira de acolhimento de usuárias SVD, que se assemelhou àquela dirigida aos usuários em geral. No entanto, a utilização ou não de alguns recursos na prática clínica ganhou maior destaque. Cabe mencionar que os diminutivos foram constantes na verbalização de médicos e que as intervenções de cunho autoritário pareceram mais fortes, provavelmente pelo fator afetivo mais intensificado presente na interação. Como dito anteriormente, um dos afetos que permeou a relação foi certa impaciência, tomada aqui como irritação. Afirmamos sua sutileza por ser acessada através dos seguintes elementos: tonalidade impositiva da voz, interrupções abruptas, mas muitas vezes suavizadas por sorrisos, diminuição do olhar atento quando comparado aos usuários em geral, além de silêncio mais prolongado durante o atendimento, omissão diante de perguntas realizadas.

O afeto como constituinte de uma relação emana do processo de produção simbólica e material da diferença, denominado de alteridade, responsável pelo “deslocamento da diferença para a exterioridade” (Jodelet, 1998, p. 48), em relação ao contexto no qual se está inserido. Nesse sentido, os afetos são entendidos como aqueles que permeiam um processo de exclusão social,

enquanto fontes de ameaça ou mal-estar (Jodelet, 1998). Nitidamente as usuárias SVD provocavam mal-estar por se situarem em uma zona obscura, de difícil representação.

Evidencia-se que os afetos são ativados no contato, isto é, na interação desenvolvida entre duas ou mais pessoas. Nesse contato, ele revela um fenômeno desconcertante que demanda elaboração. Não constituem uma vivência meramente intrapessoal, mas ocorrem no espaço do cotidiano, lugar onde se desenvolve o convívio entre as pessoas. Eles impregnam a comunicação e se operacionalizam nela (Arruda, 2009).

O aumento da agitação emocional dos médicos também foi marca dos atendimentos a usuárias SVD. Apresentavam-se mais tranquilos diante de demandas familiares dos usuários em geral, mas ao se depararem com as queixas difusas e inespecíficas, os gestos se intensificavam. Os gestos que acompanhavam a inquietação eram traduzidos por: morder o lábio inferior, bater os dedos da mão direita na mesa, levar a mão esquerda ao queixo, coçar a cabeça, recostar-se na cadeira, entrelaçamento dos dedos das duas mãos, esfregar uma mão na outra, colocar a língua entre os lábios, segurar os exames para conter os movimentos, gesticular bastante, levar a mão direita à boca, apoiar a mão esquerda na boca, deslizar a cadeira ora para a direita ora para a esquerda, entre outros. Havia uma variação maior de gestos e do ritmo de emissão desses, normalmente mais vigorosos em relação aos manifestos em atendimentos convencionais. Além disso, o olhar atento se restringia a poucos momentos. Era comum que as usuárias SVD iniciassem a consulta com uma queixa e disparassem outras tantas ao longo do atendimento, o que conduzia o médico a deixar de estabelecer um contato visual prolongado, com intuito de se esquivar de algo indesejado.

Essas situações evidenciam o perigo despertado diante do fenômeno estranho e é este afeto o responsável pela promoção de uma constante revisão e reinstauração do pensamento cotidiano. Ele estimula a superação de um obstáculo e a troca de um desconforto por uma ação no presente. São inúmeras as ameaças na vida diária que se situam em uma região limiar da consciência.

Elas suscitam pré-reações e afetações aprimoradas ao longo de séculos pela experiência da humanidade nas relações sociais (Arruda, 2009).

A seguir, exploraremos mais o campo dos discursos sobre as usuárias SVD. Ele poderá trazer contribuições para a maior compreensão do que pensavam os médicos a respeito dessas usuárias e de como concebiam as práticas destinadas a elas. Será que outras imagens em relação às sofredoras somáticas surgirão? Até aqui podemos indicar as seguintes:

- Tadinhas;
- Crianças;
- Dependentes;
- Casos difíceis;
- Quase usuárias;
- Cansativas.

CAPÍTULO 3

OS DISCURSOS PARTILHADOS SOBRE O FENÔMENO

3.1. O relato dos médicos sobre as representações e práticas destinadas aos usuários atendidos

Neste momento discutiremos as entrevistas realizadas com os médicos de família que atuavam à época, na USF pesquisada. Permanecemos com a ideia de contrapor as representações e práticas sociais acerca dos usuários em geral àquelas relativas às usuárias SVD pela evidência de sua forte vinculação e pelo interesse que pode haver nas diferenças entre elas. Ressaltamos que o objetivo das entrevistas semiestruturadas foi o de tornar os dados mais consistentes, a partir da triangulação metodológica. Diferentes das demais entrevistas com médicos descritas até o momento, que tinham o caráter etnográfico, as entrevistas semiestruturadas, mais sistematizadas, oportunizam a exploração de imagens, crenças, figuras referentes ao objeto estudado de maneira mais direta. A intervenção do contexto de realização das entrevistas, bem como do vínculo constituído entre a pesquisadora e os entrevistados foram também considerados na análise dos dados.

Houve atuação clara do fator “desejabilidade social” (tendência do entrevistado a apresentar uma imagem de si favorável socialmente) que, muitas vezes, lapidou o relato dos médicos. No entanto, em muitos momentos, foi possível o acesso a conteúdos expressos mais livremente. Cabe destacar que a emissão de conteúdos muitas vezes pouco espontâneos não comprometeu a clareza dos dados, por não haver a preocupação de desvendar uma verdade oculta por trás dos relatos. O que está em curso durante as entrevistas é o ponto a ser considerado, porque deflagra um processo de construção de algo que deve ser investigado e interpretado, tornando-se mais um dado para a análise (Arruda, 2005). Com esse procedimento, foi possível investigar ideias e vocábulos partilhados entre os médicos acerca do mesmo fenômeno. Partilhariam eles da mesma compreensão sobre as usuárias SVD? Como as descreveriam? Quais terminologias utilizariam? De que maneira perceberiam as próprias práticas destinadas a essas usuárias?

Depois de observados os comportamentos, aspectos afetivos presentes nas interações que envolviam usuárias SVD e discutir brevemente tais situações com os profissionais médicos, por meio de entrevista etnográfica, a aplicação de entrevistas com roteiro definido permitiu a articulação entre os dados obtidos por meio desses dois procedimentos. Outra vantagem desse segundo procedimento foi a possibilidade de registrar todos os relatos e de transcrevê-los, na íntegra, para uma análise sistemática. Cabe lembrar que os médicos participantes deste estudo, baseado em entrevistas, foram os mesmos que fizeram parte do estudo com observações.

Algumas dificuldades surgiram no momento do agendamento das entrevistas com os participantes, devido a imprevistos tais como greve geral de profissionais da saúde e afastamento temporário em decorrência de doença. Contornados os imprevistos, as entrevistas foram realizadas individualmente no ambiente da Unidade. Em geral, transcorreram em horários de menor fluxo de usuários e ainda assim algumas interrupções ocorreram durante a aplicação. Nesses momentos, a pesquisadora pausava a entrevista e posteriormente, retomava do ponto em que fora interrompida. Cada uma delas durou cerca de 45 minutos. Todas foram autorizadas pelos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide Apêndice C).

As questões que constituíram o roteiro versaram sobre: a relação médico-usuário(a) em geral e médico-usuário(a) SVD; representações sobre usuários em geral e o usuário(a) SVD; condutas em relação ao usuário(a) SVD; explicações construídas a respeito do comportamento e dos sintomas apresentados pelo(a) usuário(a) SVD. Ao instrumento foi integrada, entre as questões seis e sete, uma vinheta sobre uma usuária com sintomas vagos e difusos (vide Apêndice A).

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1977). O procedimento foi constituído pela leitura exaustiva dos relatos, até a sua organização em categorias gerais. Essas categorias foram construídas *a priori*, a partir do agrupamento de questões do roteiro e das respostas dadas às questões agrupadas. Elas reuniram núcleos de significação (Temas) extraídos das respostas. O objetivo da identificação de Temas foi agrupar as falas em núcleos comuns de significação, de modo a abstrair dos

relatos ideias partilhadas pelos profissionais acerca do fenômeno investigado. As categorias gerais disseram respeito aos seguintes elementos: percepções sobre os usuários em geral; percepções sobre o “bom usuário” e sobre o “bom médico”; percepções sobre os usuários chatos e as usuárias SVD; percepções sobre o comportamento das usuárias SVD; percepções sobre o homem SVD.

Tais categorias nortearam o recorte dos Temas e o seu agrupamento, com o objetivo de compreender como esses sistemas semânticos comuns organizavam as falas dos profissionais médicos sobre as usuárias SVD e sobre as práticas desenvolvidas para lidar com elas. Consideramos, na análise, as concepções, imagens e crenças construídas em torno dos usuários em geral, bem como o relato sobre as práticas dirigidas a eles na tentativa de encontrar pontos de interseção que demonstrassem a ancoragem de ideias, crenças e imagens construídas sobre o fenômeno estudado, representações dos sintomas vagos e difusos. Com o objetivo de facilitar a visualização dos Temas, eles serão apresentados em negrito ao longo da descrição dos resultados.

A seguir serão apresentados os resultados encontrados por meio da análise de conteúdo temática. Os trechos transcritos das falas serão acompanhados dos nomes fictícios adotados para designar os médicos participantes.

3.1.1. Como os usuários da Unidade eram percebidos pelos médicos?

A categoria “percepções sobre os usuários em geral” foi construída a partir das questões um e dois agrupadas do roteiro (vide Apêndice A). Ao falarmos a respeito das ideias, crenças e imagens que os profissionais de medicina construíam sobre os usuários da Unidade, não podemos deixar de destacar a articulação desses aspectos com as práticas sociais destinadas a esses atores. Os Temas surgiram tanto relativos às ideias, crenças e imagens sobre os usuários em geral quanto às percepções sobre as práticas investidas. Sobre as ideias e concepções construídas emergiram os seguintes Temas: **Eram carentes de afeto e de recursos; Eram dependentes e passivos; Precisavam mais de atenção que de intervenção convencional.**

Quanto às práticas sociais relatadas pelos profissionais, citamos os Temas agrupados: **Os médicos adotavam condutas humanizadas; Os médicos adotavam comportamentos mais informais; Atender à demanda espontânea gerava insatisfação nos médicos e reduzia a relação com usuário à técnica; Más condições de trabalho e a falta de reconhecimento conduziam os profissionais à redução da prática à técnica; A recepção dos usuários na Unidade era muitas vezes inadequada.**

O que apareceu nos discursos foi que os usuários eram considerados **carentes de afeto e de recursos**, além de **dependentes e passivos**. De acordo com os médicos entrevistados, as pessoas que frequentavam a Unidade, de modo geral, apresentavam as seguintes características:

A espera pela morte é impressionante. Com uma idade bem jovem assim, pessoas jovens de 50 anos ficam em casa sem nada. Sem expectativa nenhuma de fazer absolutamente nada então são carentes de tudo até de sonhar né [...] o comportamento, não vejo atitude de mudança né. É mais da gente tentar por eles do que eles mesmos né (Amanda).

É no sentido de você ver que são pessoas que elas dependem de um cuidado [...] As pessoas são carentes às vezes de atenção [...] Não que outras regiões e classes sociais não tenham, mas é que além de todo problema de qualquer classe social, você tem o problema de violência, de falta de dinheiro, falta de comida né, falta de material de higiene (Bruna).

Eu acho que é uma carência de um modo geral. Assim, é, mais o que vem na cabeça é, além da carência, é as pessoas precisando de alguma coisa (Clemir).

As pessoas, a vontade delas de tá perto de alguém, de buscar consolo (Daniela).

Eu acho que são pessoas, antes de mais nada, muito carentes até porque são muito rejeitadas pela própria sociedade (Elvira).

Vimos que os usuários em geral eram concebidos como categoria social desprivilegiada, destituída de bens materiais e de direitos, características que os deslocavam para um lugar de exclusão. As características atribuídas aos usuários em geral destacaram sua condição de vulnerabilidade em diversos âmbitos da vida. Eram vistos como pessoas sem perspectiva, sem iniciativa. Por viverem em um contexto percebido como violento, julgava-se que experimentavam incerteza quanto ao futuro, e com isso se justificava seu comportamento de passividade. Disseram os profissionais que eles não se empenhavam em realizar transformações em sua vida e em seu território. Foi dito que essa passividade

conduzia à dependência. Dependência em relação ao SUS e aos profissionais de saúde.

O que mais figurou nos discursos foi a carência generalizada dos usuários. Sugere-se que a figura que concretizou e definiu os usuários em geral no campo representacional (Moscovici, 1961/2012) dos médicos foi o de pessoa “carente”. Ela possivelmente se ancora na ideia de que a precariedade de recursos materiais desencadeia uma série de deficiências nos mais variados âmbitos da vida desses indivíduos. Dessa forma, carecem de tudo, foi o que apareceu como conclusão.

Embora os participantes afirmassem que o aspecto financeiro dos usuários que atendiam era fonte de muitas dificuldades, destacavam que a carência emocional era o ponto de maior fragilidade. O seguinte Tema agrupa o significado compartilhado entre os médicos sobre os usuários em geral, quanto ao que, de fato, estes necessitavam: **precisavam mais de atenção que de intervenção convencional**. Diante disso, os trechos que traduzem a ideia que os participantes nutriam a respeito dos usuários em geral são os seguintes:

Além da carência, é as pessoas precisando de alguma coisa. Não necessariamente, remédio, não necessariamente tratar alguma enfermidade (Clemir).

Não é nem uma doença, doença orgânica, é a... É a vontade de, de estar perto. As pessoas, a vontade delas de tá perto de alguém, de buscar consolo (Daniela).

São pessoas muito carentes né. A maioria é precisando, muitas vezes, mais de uma palavra de conforto do que de medicação (Elvira).

Os profissionais reafirmavam o fato de ser grande o número de usuários que buscava a Unidade mais com o intuito de obter “atenção” e “consolo”, que a cura para uma doença. Por conceberem que os usuários recorriam aos serviços da Unidade por serem “carentes emocionalmente”, como disseram, podemos pensar que os comportamentos voltados a eles, conseqüentemente se relacionariam com essa crença alimentada e de certa forma, ratificada no cotidiano. É o que veremos a seguir. Como forma de lidar com esse usuário os médicos expressaram que **adotavam condutas humanizadas**:

Eu procuro esse atendimento nem ser tanto dentro do consultório, porque eu vejo que a gente não atinge o que é mais importante. Porque não adianta eu passar aqui dentro do consultório medicação, se as atitudes dele de mudança eu não vejo que acontece [...] Através dos grupos, caminhada (Amanda).

Então, eu procuro ser atenciosa (Bruna).

Então, eu acho que nós temos que acolher. Acolhimento é uma coisa. Humanização, acolhimento (Daniela).

A adoção destas condutas incluía: a ação comunitária com a formação de grupos e atividades no próprio território dos usuários; o acolhimento e o apoio. Os médicos apontaram também, como necessário durante o atendimento aos usuários em geral, além de condutas que ultrapassavam os procedimentos meramente técnicos, **comportamentos mais informais** por parte do profissional:

Bom, particularmente eu entendo que as pessoas, elas como nós, todos nós né, nós precisamos de, de apoio, não é o apoio, nós precisamos de, como é que eu vou te explicar... Aconchego, de carinho né (Daniela).

Atendo exatamente da mesma forma brincando, porque eu acho que a forma como a gente encara que a gente leva a doença, o paciente, a relação médico-paciente né, se você gosta do que você faz, desde o lixeiro até a menina da limpeza né, do médico, o psicólogo, flui bem entendeu (Elvira).

Uma participante acreditava que devia ser carinhosa como uma maneira de prestar apoio ao usuário que a procurava para que ele se sentisse bem recebido, acolhido. Outra declarou que alguns atendimentos eram realizados de maneira descontraída, com brincadeiras, o que, de acordo com ela, propiciava um ambiente mais acolhedor ao usuário.

Apareceram nos relatos alguns fatores que induziam problemas na relação estabelecida entre os médicos e os usuários. Destacaram-se a demanda espontânea e as experiências anteriores do usuário com o serviço de saúde. **Atender à demanda espontânea gerava insatisfação nos profissionais e reduzia a relação com usuário à técnica.**

Eu ainda vejo nitidamente momentos de oscilação até de humor e muitas vezes relacionado a uma pressão de demanda, pressão de cumprimento, às vezes, de coisas que nem foco nosso é tipo demanda espontânea [...] Você passa do técnico de ser uma pessoa adequada, você passa disso quando você tá bem (Bruna).

A médica Bruna relatou descontentamento com o fato de ser orientada a atender usuários sem agendamento prévio, que poderiam ser ou não de sua área de cobertura. Dizia que eram atendimentos indesejados por atrapalharem o andamento dos demais que eram o foco dos médicos de família.

A ideia de que as **más condições de trabalho e a falta de reconhecimento conduziam os profissionais à redução da prática à técnica** também apareceu nos relatos. Houve relatos de restrição a condutas técnicas, convencionais, quando o profissional estava insatisfeito com o ambiente de trabalho. A médica Bruna enunciou: “Eu acho que minha oscilação de humor não é questão pessoal de humor não, é de bem-estar no trabalho mesmo”.

Essa insatisfação foi traduzida por falta de reconhecimento e condições ruins de trabalho. Isso traz à luz as diversas dimensões que interferem na relação entre médico e usuário. Tanto o profissional quanto o usuário reúnem aspectos subjetivos e experiências progressas que são ativadas no ato da relação e que podem determinar seu caráter. Contrariando essa lógica, a médica Daniela afirmou que a relação deveria ser preservada em qualquer situação e que o acolhimento ao usuário era prioridade, assim enunciou: “Por pior que eu esteja, eu tenho que saber fazer isso” (Daniela).

Um exemplo foi apresentado pela médica Elvira, visando a explicar de que maneira ela lidava com fatores da relação que fugiam ao seu controle. Apontou que o fato de os usuários não serem bem tratados por profissionais não-médicos da Unidade antes de chegarem aos consultórios e de alimentarem um conceito negativo em relação aos médicos, tornava-os mais intolerantes. Dizia que alguns usuários:

Já tão tão habituados a serem mal tratados né, às vezes, infelizmente, por alguns colegas e recepção, enfim, tudo o que envolve uma Unidade de Saúde, eles chegam às vezes, primeiro contato, às vezes é muito ruim né assim, porque eu tenho que me segurar, respirar fundo, me colocar na posição de médica. Ele é um paciente que já foi destrutado lá fora e tá, a princípio eles acham que médico não presta, todos os médicos são iguais né, aquela velha frase né... Então eles já chegam assim, já chegam armados (Elvira).

A enunciação remonta ao Tema: **A recepção dos usuários na Unidade era muitas vezes inadequada**. De acordo com a médica, existiam usuários que estavam habituados a serem mal tratados por profissionais da Unidade que os

recebiam e orientavam antes de entrarem nos consultórios médicos. Eles então chegavam aos consultórios alterados emocionalmente, respondiam de maneira ríspida e o contato inicial se tornava ruim. Continuou dizendo que tais comportamentos eram intensificados pela crença que nutriam acerca da categoria médica.

Nessa circunstância, garantiu assumir um comportamento não de enfrentamento e imposição de sua autoridade, mas de empatia. Conforme seu relato: “Então, às vezes, eles respondem ríspido e aí eu vou falando com suavidade, brinco, aí eu consigo tirar o primeiro sorriso, aí tudo bem”. Relatou buscar assim conduzir o atendimento com leveza e descontração de modo a torná-lo mais agradável, propiciando o fortalecimento do vínculo com o usuário.

3.1.2. Os usuários em geral seriam os bons usuários? E os médicos se perceberiam como bons?

Para a discussão da categoria, percepções sobre o “bom usuário” e sobre o “bom médico, foram consideradas as questões quatro e cinco que podem ser conferidas no Apêndice A deste trabalho.

O “bom usuário” pareceu se distinguir bastante da maioria dos usuários que recorriam aos serviços da Unidade. Para que melhor compreendamos essa dualidade entre o “bom usuário” e o usuário em geral, traçada pelos profissionais, reorganizamos os discursos conforme os seguintes Temas: **Exercia atividade remunerada; Sabia como cuidar de sua saúde; Comportava-se bem diante do médico e seguia as orientações; Compreendia como o serviço funcionava e sabia utilizá-lo.**

Diferente dos usuários em geral referidos pelos médicos que, muitas vezes, não desempenhavam atividade remunerada, os bons usuários eram aqueles que trabalhavam. O que concebia a médica Amanda quando enunciou “que ele... esteja empregado”, ao falar sobre o “bom usuário”. Eram, podemos inferir, aqueles que elaboravam planos para o futuro. O **exercício de atividade remunerada** parecia vigorar entre um dos fatores que atribuía significado à vida. Se os usuários em geral não trabalhavam, não eram pessoas ativas, tornavam-se dependentes, sem motivação para planejar e gerir sua própria vida. Algo que

concluímos a partir do exposto pela mesma médica na categoria discutida anteriormente (Como os usuários da Unidade eram percebidos pelos médicos?).

Isso quer dizer que, na percepção dos profissionais, eles não tinham autonomia suficiente para **cuidar de sua saúde**, aspecto valorizado pelos médicos na definição do “bom usuário”. Os participantes ressaltaram que o bom usuário deveria ser autônomo no sentido de procurar “a qualidade de vida dele” (Amanda). Bem como de assumir comportamentos de prevenção, como apontou Amanda: “Que ele tente prevenir né. Cuide mesmo”. O mesmo enunciou o médico Clemir dizendo que o bom usuário:

É aquele que tivesse fazendo seus exames, seus exames de rotina, regularmente. Pra prevenção e não pra, pra poder ver o nível, como é que é, de doença, mas sim ao contrário né, que não tivesse a doença. Em tendo uma doença igual ao diabetes ou hipertensão, que viesse sempre antes que ela subisse muito a glicose [...] a gente pede exame de sangue pra controlar, pra verificar, ele faz.

Assim vimos que o usuário ideal deveria realizar exames de rotina antes que a doença se instalasse. Se já existisse uma enfermidade, que o usuário fizesse os acompanhamentos adequados ao seu caso. Sob esta perspectiva, o usuário deveria ser autônomo. Ele também era visto como bom usuário quando **se comportava bem diante do médico e seguia as orientações**:

Que, dentro das orientações que a gente tenta passar ele tenta seguir (Amanda).

Bom usuário eu acho, pra qualquer médico, é aquele que não, não, não fica, pra qualquer médico né, mas o... que não fica brigando com o médico [...] E de fazer o que a gente pede, o que solicita (Clemir).

O usuário, como disse você, ele tem que saber como, como, como se portar aqui dentro né. Até em questão de educação também, postura e seguir as orientações, aquele que segue as orientações (Elvira).

Foi apontado como um usuário inadequado aquele que não seguia as orientações e que muitas vezes não se comportava de maneira educada tanto na Unidade quanto diante do médico. No trecho a seguir, a profissional Elvira discorre acerca desse tipo de usuário: “O péssimo usuário é aquele que te desobedece”. Aqui vemos a reafirmação de que o “bom usuário” deveria ser “dócil”.

O que abstraímos desse discurso foi a seguinte lógica: se um usuário discorda de seu médico e manifesta isso por meio da não adoção de algumas orientações, ele não é bom. Discutir e indagar a conduta do médico também não pareceu ser um comportamento desejável para um usuário. Desse modo, o usuário deveria ser autônomo, mas não tanto a ponto de colocar em dúvida o saber de seu médico e de discutir com ele alternativas para o tratamento.

Apenas a médica Bruna sublinhou a importância de trocar informações com o usuário. Segundo ela, o bom usuário não era necessariamente o mais educado e o que acatava as orientações sem pestanejar, mas aquele que:

Dá espaço pra entender o que você tá falando [...] que dá abertura, mesmo que não concorde com você e nem você concorde com ele. É o paciente que te dá abertura e ele também sente de você a abertura pra vocês trocarem conhecimento e chegar num consenso.

Por isso rechaçava a imposição, de maneira autoritária, por parte do médico, do que ele pensava ser melhor para o usuário. Além de todos esses quesitos, cabia ao bom usuário o esclarecimento. Ele deveria **compreender como o serviço funcionava e saber utilizá-lo**.

O que às vezes acontece muito é que às vezes eles vêm fora de hora e isso me cria um transtorno muito grande. Às vezes, até mesmo com os pacientes já agendados. E, às vezes, eles não entendem que eu não posso atender fora de hora (Clemir).

Claro, não seja grosseiro ao extremo e enfim, aquele que sabe utilizar o sistema assim como a gente tem que saber utilizar um plano de saúde, utilizar um sabão em pó que você compra em casa né, pra lavar sua roupa da melhor forma, você tem que saber utilizar também, usar a gente né (Elvira).

Por meio desse saber, poderia adotar um comportamento adequado e seguir as regras para obter atendimento na Unidade. Observemos o seguinte. Se os usuários em geral eram considerados “dependentes”, “carentes”, “tadinhos” e quando se exaltavam por alguma questão eram julgados como “barraqueiros” e “sem noção”, como verificado por meio da observação participante, quer dizer que não se assemelhavam ao “bom usuário” e que, portanto, se distanciavam da imagem ideal de usuário partilhada pelos médicos.

Um dos profissionais, Clemir, realizou uma associação entre o bom usuário e a sua pertença a uma categoria social distinta da categoria dos usuários em

geral. No momento em que o médico discorria sobre o bom usuário, mencionou que o ideal seria uma pessoa com educação e “esclarecida”. A pesquisadora então, com o intuito de compreender o que ele realmente quis dizer com essa expressão pediu que explicasse melhor o termo. Dessa forma, exemplificou: “Ah, essa paciente que eu tô pensando em especial, ela assim, é um bom nível sociocultural e financeiro também né”. O bom usuário agregava assim, atributos de determinada classe social, isto é, a classe média consumidora de serviços privados de saúde.

As imagens que surgiram do bom usuário até aqui foram: pessoa “esclarecida”, autônoma, mas obediente e educada/dócil. Podemos inferir que a maioria dos usuários atendidos não se adequava ao que os profissionais consideravam como bons usuários. Estes últimos, certamente, apareciam em um número bem menor na USF, por ela estar situada em uma região constituída por pessoas de classe popular, em sua maioria. Adquiriram assim, atributos mais favoráveis por estarem mais próximas ao contexto social dos médicos que ao dos usuários em geral.

Ao elaborar argumentações a respeito de um bom médico, os profissionais apontaram os seguintes aspectos: **Adoção de um olhar amplo em relação ao usuário; Abdicar de uma postura autoritária e curativista; Só a técnica não definia um bom profissional; Adotar uma atitude empática e de troca com o usuário.**

Os profissionais relataram que o contexto em que atuavam exigia a **adoção de um olhar amplo em relação ao usuário.**

Eu acho que um bom médico é ele tá tendo uma visão mais ampla. O que pode ser visto em termos de atendimento, mas o que que acontece ao redor daquela pessoa? [...] Se eu não souber o contexto dela, no que ela tá, como ela tá vivendo não adianta eu determinar (Amanda).

Isso quer dizer que eles julgavam relevante, em seu cotidiano, a consideração dos determinantes sociais que envolviam o usuário. Enunciavam que as intervenções eficazes eram condicionadas pelo conhecimento que se tinha das condições de vida do usuário e de suas dificuldades em seguir dado tratamento. Por essa razão o bom médico deveria **abdicar de uma postura**

autoritária e curativista, na qual a prescrição medicamentosa e a determinação do que é melhor para o usuário eram condutas privilegiadas. Em um relato da médica Amanda, em tom de confissão, pareceu admitir que tais condutas acabavam por se tornar um “vício”. Segue o relato:

Que a gente acaba caindo na, no vício de tá tentando mandar e coordenar o que o paciente, o que o usuário tem que fazer né... Então, a gente acaba ficando nesse vício aí: muito de medicalizar e não ver de uma forma geral. Aí, a gente só acaba vendo quando o... quando acontece alguma coisa: o que tá dando de tão errado que eu medico, medico.

O médico Clemir complementou dizendo que há certa tendência à medicalização que deve ser evitada: “Às vezes é, o paciente, o usuário, tá com um pouco de pressão alta, já tá querendo passar medicação. – Ah cê tá com um... cê tá com depressão. Enfia logo um antidepressivo”.

Algo que surgiu como elemento de diferenciação entre a prática médica e a teoria aprendida durante a formação dos profissionais foi o fato de que a **só a técnica não definia um bom profissional**. Sendo assim enunciaram:

A gente sai da faculdade pensando que ser bom é saber muito né... o bom médico pra mim não é o que sabe muito. Às vezes, a gente sabe menos, mas a gente tem, sabe, lidar com a negociação na consulta, isso eu acho que é um bom médico... Que o relacionamento desperta a pessoa abrir outros caminhos e o lado teórico nem sempre tem todas as respostas (Bruna).

Porque o bom médico não é aquele que... É... Não valoriza o paciente como ser humano e ele simplesmente... Ele trata, ele tem as condutas perfeitas só que nós não vivemos da teoria, nós vivemos a prática (Daniela).

Um bom médico é aquele que sabe escutar, antes de tudo, o paciente. Não precisa saber tudo, mesmo porque ninguém sabe tudo, nunca vai saber (Elvira).

De acordo com os relatos, era necessário que o médico reunisse competências que extrapolassem o saber teórico. Os médicos, em suas falas, pareciam atribuir um peso maior ao relacionamento desenvolvido com o usuário na prática cotidiana que à aplicação da técnica. Justificaram dizendo não encontrarem na teoria todas as respostas para os problemas com os quais se deparavam diariamente.

Com esses relatos foi possível apreender que a técnica à qual os médicos se referiram era aquela aprendida na graduação em medicina. Parece que esses

conhecimentos mostravam-se deficientes diante da realidade dos atendimentos, como apontaram os relatos. Embora fossem importantes, não foram considerados determinantes na eficácia do tratamento. Outras técnicas, não consideradas como tais foram citadas e alocadas na categoria de “modos de se comportar” e de se relacionar com os usuários. A escuta e a formação de vínculo, foram abordadas como elementos de uma espécie de conduta não-técnica, mas de grande serventia à prática.

Os relatos mostraram que era fundamental aos profissionais **adotar uma atitude empática e de troca com o usuário**. Essa ideia apareceu da seguinte forma:

É um médico que ele assim... o ideal seria que o médico, o bom médico, tivesse o equilíbrio entre relacionamento com respeito (Bruna).

Então, em primeiro lugar, escutar realmente o paciente. O que é que ele tá dizendo (Clemir).

É o que faz vínculo com o paciente (Daniela).

Você tem que ser humilde né. Se colocar no lugar do paciente, escutar, saber escutar e se colocar no lugar do paciente e saber que ali poderia ser sua família, seu pai, sua mãe, você mesmo, seu filho, entendeu. (Elvira)

Os comportamentos relacionados a uma atitude empática foram a escuta e o estabelecimento de vínculo com o usuário. Esses comportamentos foram apontados como atitudes que auxiliavam o médico a lidar com os sintomas apresentados pelos usuários, a elaborar um diagnóstico mais completo e a atuar de forma mais resolutiva. Esses comportamentos, como eram considerados, mostravam-se como condutas não padronizadas, sobretudo por variarem de acordo com a história e o perfil do usuário. Pressupõe-se então, que a demanda de ações sempre distintas pudesse causar certa insegurança no médico que deveria adequar suas intervenções ao caso apresentado, sem o apoio de um protocolo, de um roteiro aprendido e reproduzido desde a sua formação.

Retomemos agora a pergunta inicial. Vimos que os usuários em geral não eram percebidos via de regra como bons usuários por se distinguirem no caráter e nas ações. Em contrapartida, os médicos participantes viam-se como bons médicos, porque adotavam condutas que estavam para além das condutas

meramente técnicas, algo que consideravam fundamental nos atendimentos à população do contexto no qual estavam inseridos.

3.1.3. Os usuários chatos e as usuárias SVD eram percebidos pelos profissionais de maneira semelhante?

Esta categoria remonta às questões seis, sete, oito e nove do roteiro (vide Apêndice A). Os relatos foram organizados respeitando os seguintes Temas: **Os usuários chatos eram cansativos, intransigentes, difíceis de lidar e negligentes quanto ao cuidado com a saúde; as usuárias SVD eram cansativas, “chatas”, intransigentes e insistentes; As usuárias SVD se comportavam de forma indesejada no consultório médico; As usuárias SVD sempre estavam na Unidade; O grupo de usuárias SVD foi objetivado como “poliqueixoso”, “Meu posto, minha vida”, “goiabinha”, “crônicos da Unidade”, “sócio da Unidade”** (esses termos serão explicados mais adiante); **Os médicos se viam diante de uma limitação quando atendiam usuárias SVD.**

Antes de darmos continuidade à exposição dos resultados, cabe mencionarmos que pode soar estranho o fato de os médicos, ao falarem sobre as usuárias SVD, utilizarem termos no masculino. Nota-se que eles insistiam em referirem-se aos casos de sintomas SVD no masculino, mesmo que a vinheta posicionada no roteiro de entrevista (vide Apêndice A) antes das questões sete, oito e nove, tenha se referido a um caso de uma mulher com SVD. Além dos estudos de prevalência que focalizam a mulher como aquela que manifesta os sintomas vagos e difusos com mais frequência, existe uma percepção social de que a mulher é a “poliqueixosa”. Associa-se ao termo as ideias de “falar demais” ou de “não ter foco” em suas argumentações. Ao usar a denominação no masculino, os médicos poderiam estar se referindo a um usuário prototípico sem se dar conta de especificidades de gênero. Análises sob uma perspectiva de gênero podem ser aprofundadas em estudos posteriores.

Ao relatarem as características dos usuários considerados “chatos” os profissionais disseram:

São pessoas que querem naquela hora. São pessoas que me cansam. Querem na hora delas né (Amanda).

Ele fala aquilo e ele é intransigente naquilo então, é o paciente que é difícil de lidar [...] A pessoa fica fechada e aí passa a ser chato porque você tá propondo, nada dá certo (Bruna).

São aqueles que vêm quase que diariamente insistindo. Eles sempre são atendidos, mas eles sempre fazem a mesma coisa (Daniela).

Invade o consultório nos momentos mais inadequados, não pede licença pro paciente que tá sentado aqui e já sai falando, pula na frente dos outros (Elvira).

Vimos que, na percepção dos profissionais, os usuários considerados “chatos” **eram cansativos, intransigentes, difíceis de lidar e negligentes quanto ao cuidado com a saúde**. Pareciam ser considerados “cansativos” quando não seguiam as orientações médicas. Eram também os intransigentes, por buscarem o médico com um objetivo específico e não aceitarem as intervenções e os diagnósticos enunciados. Considerados difíceis de lidar, resistiam em acolher o que o médico dizia e ainda insistiam em determinado sintoma. Parecia que este tipo de usuário acreditava ter uma doença, levava sua impressão ao profissional, com insistência, e rejeitava qualquer negativa a respeito. Tal postura entendida como rigidez podia levar a embates com o médico, situação relatada por um deles. Segundo Amanda, uma usuária com esse perfil chegou a rasgar uma receita médica em sua frente e o caso culminou na ida da médica à delegacia.

Era “chato” também e podemos concluir, indesejado, aquele que era negligente em relação à sua saúde. Disse o médico Clemir que: “Um paciente chato seria aquele que não cuida da saúde dele, pra mim esse é o paciente chato”.

As usuárias SVD, por sua vez, “apareciam muito” no serviço. A médica Amanda afirmou: “Aparece. Muito. Principalmente em demanda [sem agendamento prévio] né”. A médica Bruna completou dizendo “na nossa produção o nome dele aparece muitas vezes”. Os participantes Clemir e Daniela declararam que tais usuárias apareciam “muito”, enquanto a médica Elvira concordava ao dizer “é exatamente o perfil do paciente que procura a Unidade como você perguntou inicialmente”.

Ao descrever esse tipo de usuária a médica Amanda dizia: “Essa é a cansativa” (Amanda). O médico Clemir enunciava: “Sim, é ‘a chata’, é ‘a chata’ que sempre tá aqui. Sempre é ‘a chata’, isso aí é sem dúvida. A gente escuta isso”. A Viviane destacava a frequência com que esse tipo de paciente aparecia dizendo: “Bom, são pacientes é... crônicos da Unidade, entendeu”. Enquanto a médica Elvira declarava: “Pode ser enquadrado como o ‘chato’ né”.

Ao surgirem os termos como os relacionados acima, podemos inferir que as usuárias SVD reuniam atributos similares àqueles dos usuários considerados “chatos”. As **usuárias SVD eram cansativas, “chatas”, intransigentes e insistentes**. Manifestavam intransigência ao resistirem às recomendações médicas, conforme exemplificou Amanda: “nem remédio de hipertensão pra ela... ela se adapta a nenhum, não quer usar [...] até com especialista é difícil porque ela, nada pra ela se encaixa né”.

Recusavam-se a tomar medicação, com a justificativa de que não se adaptavam a ela. Insistiam ora em queixas diversas, ora na mesma queixa, por isso eram usuárias “cansativas”: “porque chega com uma queixa específica né. Ou quer remédio pra dormir e sempre com a queixa dela...”, afirmou Amanda. Completou a médica Bruna, dizendo que esse tipo de usuária “tá aí todo o dia, quando eu vejo ela na, na fila eu falo assim: - Ai fulana de novo. E é a mesma queixa de sempre”.

Elas também eram apontadas como aquelas que **se comportavam de forma indesejada no consultório médico**, exigindo que o médico fizesse tudo por elas no momento em que achavam conveniente. Sobre esse grupo de usuárias, Clemir dizia: “fica querendo que o médico faça tudo por ele, faça tudo para ele, quando ele quer. Isso pra mim é chato. No momento que ele quer, não é o momento que pode”. Assim, insistiam, até obter o que queriam e acabavam por se tornar inconvenientes: “insistem em abrir a porta vári... todos os dias pra perguntar: - Já viu a agenda? Tem consulta? Uma vez que isso pode ser resolvido em outro setor. Então... eles atrapalham quem tá consultando, entendeu”, de acordo com o relato de Daniela.

As usuárias SVD sempre estavam na Unidade e a assiduidade destas no serviço, conciliada à maneira como manifestavam sua queixa, também

corroborava para o fortalecimento da designação acima (“chata”). Segundo os profissionais, acontecia de a usuária SVD transitar pelos espaços da Unidade sem se queixar de um problema de ordem biológica: “Muitas vezes, tem pessoas aqui que vêm pra sentar na, ali no, na frente, às vezes ficar cantando. Às vezes entra, pergunta um negócio, sai. Às vezes vêm em várias consultas, além de todas essas visitas né”, comentou Bruna. Tal comportamento provocava comentários irônicos por parte dos profissionais: “Eles vêm ao shopping, entendeu. Independente de chuva ou qualquer momento. É como se fosse a única coisa que tem pra fazer”, relatou Amanda.

Na percepção dos profissionais, eram numerosos esses casos de usuárias SVD que apareciam com uma queixa sem consulta marcada e por isso, encaminhadas para a demanda espontânea, como vimos nos relatos. Lembramos que a demanda espontânea foi alvo de crítica por parte dos profissionais e agora sabemos que, na sua visão, muitas das que constituíam esse público eram as usuárias SVD. Então voltemos às coincidências entre o grupo dos usuários “chatos” e aquele das SVD. Evidenciou-se que as usuárias SVD são as “chatas”, e como os que pertencem a esse grupo, são “cansativas”, intransigentes e nutrem também comportamentos bastante similares.

Essas duas descrições “chatas” e “cansativas” podem se aliar a outras de bastante saliência nos discursos dos médicos, relacionadas ao fato de as usuárias SVD estarem com frequência na Unidade. **O grupo de usuárias SVD foi objetivado como “poliqueixoso”, “Meu posto, minha vida”, “goiabinha”, “crônicos da Unidade”, “sócio da Unidade”:**

Tem até uma paciente da área da [nome de uma agente comunitária de saúde] que é assim “poliqueixosa”(Amanda).

A gente falou assim: - Vamos formar um grupo pra esse pessoal, às vezes a gente consegue fazer eles terem uma atividade no posto que eles passam a ser multiplicadores e não os famosos usuários, né. Só né. Aí a gente chamou o grupo: Meu posto minha vida. [risos] Foi um pouco irônica a questão, mas no sentido, são pessoas que incluem o posto como um ponto de quase passeio [...] Tem gente que é “goiabinha” tem tudo! Tem tudo (Bruna).

Bom, são pacientes é... crônicos da Unidade, entendeu [...] Eu brinco, eu falo: - Não tem o minha casa minha vida. Eu falo: - Meu posto minha vida tá (Daniela).

Geralmente já vira “sócio” da Unidade essa pessoa. [risos] É sócio, mais sócio (Elvira).

Observemos que a maioria dos termos conferidos ao grupo de usuárias SVD pertence ao senso comum, “goiabinha” é um deles. Para a profissional, diz respeito a uma expressão popular atribuída àquela pessoa que sempre tem problema, tal como a goiaba frequentemente apresenta “bichos” (larvas). O termo “poliqueixoso” apresenta uma peculiaridade, embora seja considerado pejorativo na literatura da área, é bastante partilhado entre o grupo de médicos, como se fosse uma expressão técnica para designar as sofredoras somáticas. Algumas dessas definições apontam no sentido de ancoragens como processo formador de representações sociais.

A denominação “Meu posto, minha vida”, trata de um tipo de associação burlesca ao programa habitacional do Governo Federal intitulado “Minha Casa Minha Vida” cujo foco é atender pessoas de baixa renda, o que remete à fala da profissional Daniela: “Eu brinco, eu falo: - Não tem o minha casa minha vida. Eu falo: - Meu posto minha vida tá”. Supõe-se que objetivar as usuárias SVD como aquelas que fazem da Unidade a sua razão de viver é localizá-las no campo representacional (Moscovici, 1961/2012) dos usuários em geral, neste sentido houve uma generalização acomodada ao sistema elaborado para designar os usuários em geral. Isso porque elas, assim como os usuários em geral, pertencem à categoria de pessoas de baixa renda, consideradas “carentes” e dependentes de assistência externa para obter algo substancial na vida. Reforça a imagem de que são pessoas que se aproveitam do sistema para tirar vantagem indevidamente, não tendo iniciativa e se acomodando à sua condição.

Cabe mencionarmos que a Unidade foi referida como “posto”, termo relacionado aos serviços de saúde pública em momento anterior à Reforma Sanitária. Naquele contexto, lembramos que as instalações eram mais modestas e a assistência menos complexa, com o predomínio de atuações do médico e de enfermeiros, com ações voltadas à vacinação, consultas ambulatoriais e encaminhamentos a hospitais.

Vimos que as definições designadas pelos médicos aos usuários em geral e as ideias que as ancoraram exerceram a mesma força na definição das usuárias SVD. Podemos até sugerir que foram utilizados elementos do mesmo campo representacional (Moscovici, 1961/2012), ou seja, o sentido elaborado

acerca das usuárias SVD foi suportado pelo mesmo sistema de crenças alimentado sobre os membros da classe popular que habitavam o território compreendido pela Unidade.

Contudo, quando nos concentramos nos termos “chatos”, “cansativos”, “sócios da Unidade” e “crônicos da Unidade” podemos caminhar no sentido da identificação de elementos no universo semântico do grupo de médicos que aclaram um processo de diferenciação estabelecido entre os grupos de usuários em geral e o de usuários SVD. Os médicos buscaram em imagens do senso comum a definição para um fenômeno que atravessava sua prática cotidiana como profissionais. Isso pode indicar que eles não encontravam embasamento suficiente no universo científico, constituído por elementos de sua formação acadêmica, recursos discursivos para delegação de sentido sobre um fenômeno ainda de difícil compreensão – sintomas vagos e difusos. Essa ideia foi reforçada pelo Tema de **os médicos se virem diante de uma limitação quando atendiam usuárias SVD**. A usuária SVD por não viabilizar a construção de um diagnóstico, ou seja, por manter o médico na insegurança do não saber, levava-o ao contato com uma limitação.

Poxa, de novo fulano aqui. Todo o dia fulano tá aqui... Às vezes a gente se vê um pouco sem perna de resolver... Esse paciente tá todo o dia no posto. O que que tá havendo? O problema dele é só biológico? É social? É a família? [...] A gente tem pacientes que vem todo o dia, meio que vai levando, não no sentido de ignorar né, mas tem coisa que a gente não tem uma solução ainda (Bruna).

A “poliqueixosa” é complicada pra daná né. Nunca vai tá satisfeita né. Você fala uma coisa e ela vai ter sempre uma outra queixa. Você define tudo aquilo, descobre tudo aquilo que a princípio ela tem, a causa daquela queixa, desvenda todos os mistérios dela, ela vai arrumar uma outra queixa. Então, não finaliza nunca. Então é complicado (Elvira).

A partir dos relatos, podemos aventar que a presença desse tipo de usuária causava desconforto e abalava as referências dos profissionais para o exercício da clínica médica. Já falamos, anteriormente, que a clínica tradicional está calcada na lógica da constatação de uma enfermidade conciliada à conduta adequada para curá-la. Pois bem, durante a observação participante, verificamos que era prevalente a prática dessa clínica que privilegia os procedimentos técnicos em detrimento da expressão do sofrimento do usuário.

O médico inquietava-se com a insistência da usuária em procurar por atendimento e, diante da imagem recorrente daquilo com o que não conseguia lidar, instaurava-se uma dúvida com a qual não se estava tão habituado. Sempre existia uma pendência que não podia ser resolvida e que, por isso, fugia ao controle: “mas sabe aquele tem alguma coisa ali, que tá sempre pendente alguma coisa? Que você nunca consegue regular 100% aquela pessoa”, declarou Bruna. Esse fator atualizava a impotência vivenciada pelo médico diante desses casos. Tratava-se assim de uma usuária que configurava um caso sempre a ser fechado, finalizado.

Apareceu nos relatos também outra forma de os médicos entrarem em contato com uma limitação. Diziam:

É uma barganha mesmo né. Dentro do que ele tá num primeiro momento querendo e dentro do possível, se for uma coisa lógica assim que dá pra se fazer ou até de encaminhamento que ele deseja ou da medicação e a partir da próxima consulta a gente consegue ir vendo o que que dá pra alterar (Amanda).

Ela é um problema pra mim porque ela insiste em ter um diagnóstico que não tem. E ela me força a tratá-la como se tivesse, então todo o exagero de exames, de investigação, de cuidado, de risco ela se vestiu daquilo. E se eu deixo de passar um exame, isso eu tô falando que eu seguro, por isso que eu tô falando que é chato. Porque se eu não segurasse a minha conduta como médica e trocasse, entrasse no meio termo com ela, ela já tava me xingando de todos os nomes, entendeu [A médica referiu-se à usuária como “chata”, por insistir em ser tratada como se tivesse determinada doença. Caso a médica não cedesse aos apelos da usuária por exames, esta se voltava contra a profissional. Desta forma, a médica enunciou que com ela era difícil de negociar as intervenções terapêuticas.] (Bruna).

Vemos que a alternância do poder durante a relação estabelecida entre médico e esse grupo de usuárias era traduzida por uma “negociação”. As ações da usuária SVD acabavam por condicionar algumas condutas dos profissionais. Aquelas pareciam assumir o controle da consulta e abrir a possibilidade para uma “troca” entre ambos, como uma espécie de “barganha”. Realizava exigências das quais dificilmente abria mão e não levava tanto em consideração as ponderações do médico que a atendia. Como vimos, não seguir as orientações do médico era um elemento indicador de um usuário indesejado. Pela expressão desses comportamentos, a usuária SVD reafirma seu lugar de “cansativa” e “chata”, sob a perspectiva do profissional, por exigir deste uma habilidade maior para argumentar a respeito do que acreditava ser necessário a ela. Era afim às

concepções de “chatos”, “cansativos”, “crônicos da Unidade” e “sócios da Unidade” o impacto exercido pelo contato com as usuárias SVD na atuação dos médicos.

Diante da usuária SVD, cabia ao médico redefinir suas práticas e acessar recursos diversos para lidar com a situação. Como visto, a ressonância nos conteúdos de sua formação para isso não se fazia presente, assim outras referências eram recrutadas no processo. Essa busca talvez seja a explicação para o uso de tantos termos do universo consensual para a definição de tais usuários. Eles eram doentes? Não, por não apresentarem lesão ou disfunção comprovada. Se não eram doentes, por que estariam aqui e, como médico, o que se poderia fazer? Essas questões serão mais bem compreendidas a seguir, quando os médicos serão convidados a elaborar uma explicação para os comportamentos dessas usuárias e a relatar como lidam com elas.

3.1.4. Qual a percepção sobre o comportamento das usuárias SVD?

Ao discutir essa categoria, relacionamos as questões sete, oito, nove, dez, onze, doze, treze e quatorze do roteiro (vide Apêndice A). As explicações adotadas pelos profissionais referentes aos comportamentos apresentados pelas usuárias SVD puderam ser organizadas de acordo com os seguintes Temas: **A queixa manifestada era percebida como diferente do problema real; Presença de transtornos psicológicos; Demanda de origem emocional; Demanda de origem relacional; A presença de afetos negativos como o enfado e a inquietação e Dúvida quanto à veracidade dos sintomas relatados.**

Os profissionais apontaram o problema desta usuária como algo não visualizado prontamente. Parecia que **a queixa manifestada era diferente do problema real**: “O ‘poliqueixoso’ a gente já sabe que tem alguma coisa por trás que ele não tá falando [...] Que não tá sendo visto o que realmente é o problema né”, enunciou Amanda. Ainda sem forma e sem uma denominação específica: “Tem alguma coisa aí por trás, tem um troço”, concluiu Bruna. A demanda apresentada pela usuária SVD foi considerada de difícil apreensão. Era como se ela ocultasse o que realmente a incomodava. Ao dizer que a origem real dos

sintomas apresentados é oculta, há ratificação do quanto essa usuária impacta nas referências dos profissionais e também redefine responsabilidades quanto à condução da consulta e do tratamento.

Quando apareceu nos discursos que o problema da usuária acabava não sendo visto, a justificativa para a afirmação era a seguinte: “às vezes a pessoa não fala mesmo. Às vezes ela quer um ‘calmantezinho’, alguma coisa pra nublar né”, comentou Amanda. Isso sugere que existia uma dificuldade em compreender o problema da usuária, todavia essa dificuldade era projetada pelo médico na própria usuária. Dessa forma, a dificuldade vivenciada pelo médico era transformada em incapacidade da usuária de manifestar o que a incomodava. A responsabilidade assim, não incidia sobre os médicos, mas sobre as usuárias.

Outros reafirmaram a sua responsabilidade no estabelecimento de uma boa relação com a usuária, deslocando a suposta deficiência dela para si. Isso definiria uma abertura maior da usuária para falar a respeito de seus problemas:

Provavelmente não tá tendo um bom relacionamento com o médico e na hora que tiver ela vai talvez se abrir mais (Clemir).

Quem atendeu não teve a perspicácia de identificar alguma coisa e deixar, abrir uma brecha pra ela falar (Daniela).

As ideias de obscuridade em torno dos sintomas e manifestações trazem em si um caráter de ordem inominável que no início da enunciação ainda não encontrou sua âncora. Ao desenvolver um pouco mais a respeito, o que foi permitido por meio de uma série de duas perguntas (nove e dez do roteiro de entrevistas, vide Apêndice A) que indagavam o médico quanto a sua explicação para o fenômeno, observou-se o processo de construção argumentativa que estava em andamento. Como teorias de ancoragem, muitos recorreram a conceitos científicos que facilitavam uma classificação do usuário. Estes lhe davam certo contorno. Em muitos discursos a **presença de transtornos psicológicos** apareceu. Seguem alguns relatos:

Eu tenho um paciente de transtorno mental que ele tem uma queixa que ele não me deixa tranquila [...] Tá somatizando, mas ele está somatizando ou a biologia tá somatizando (Bruna).

Ela tá somatizando um problema que ela tem e não conseguiu expor, não conseguiu falar sobre ele (Daniela).

Eles vão somatizando tudo né [...] A pessoa sente insônia, a dor de cabeça que pode levar a insônia, depois dá, leva à depressão, a pessoa fica mal humorada, pode dar dor no corpo né. É uma bola de neve (Elvira).

Nos relatos, foi resgatado o conceito de somatização e as ideias desenvolvidas corroboraram o que Bombana (2000) enuncia. De acordo com o autor, a somatização, muitas vezes pouco compreendida pelos profissionais, é a tendência de comunicar e experimentar disfunções e sintomas vivenciados no corpo que não podem ser confirmados pelos exames realizados. Ainda assim, o paciente com esse perfil procura ajuda médica acreditando ter uma doença.

A conclusão de alguns profissionais caminhou no sentido de considerar que a impotência das usuárias diante dos problemas enfrentados em seu cotidiano conduzia ao confinamento de sua vivência no nível corporal. Portanto, elas poderiam ser consideradas doentes. Ainda existia certa imprecisão na utilização do termo, fator que caminha ao encontro das conclusões encontradas por Bombana (2000) em seu estudo. Por isso, conforme o próprio autor descreve, esse fenômeno está na fronteira opaca, no conhecimento do profissional, entre a psiquiatria e a clínica médica. De qualquer forma, essa posição facilita a consideração mais clara dessa usuária como uma doente.

Vemos que ora o termo, somatização, foi apropriado para designar um efeito cuja dúvida pairou sobre seu elemento causador, nesse caso com aparente oscilação entre uma origem orgânica e psíquica, ora para designar um processo relativo a uma origem psicológica e relacional. Daqueles que atribuíram o problema a aspectos psicológicos e relacionais, houve delimitação do fator que o disparou - a não verbalização do incômodo – além do destaque à sequência dos prováveis sintomas. Outros termos como “ansiedade”, “estresse”, “depressão”, “distúrbio”, “desordem” surgiram para apoiar a explicação dos comportamentos das usuárias SVD:

Às vezes, pode ser até um distúrbio afetivo. Não tô falando de bipolaridade, nunca estudei, nunca vi nenhum sintoma gritante, mas é aquela pessoa assim sabe... existe um borderline pra certo transtorno (Bruna).

Cabe ressaltar que a imprecisão nesse quesito foi bastante acentuada. Talvez porque a ideia de um “usuário sem doença” pareça paradoxal ou mesmo em razão da evolução histórica desse quadro. Seguem os relatos:

É aquela pessoa carente né [...] Às vezes, tem muita dificuldade em casa, às vezes, tem muita dificuldade financeira, marido ou esposa que, família desestruturada, enfim... E usam uma série de remédios por conta disso, que virou uma bola de neve e acaba ficando deprimido é isso (Elvira).

Quando surgiu a suposição de que esta usuária poderia ter uma desordem de origem psicológica as verbalizações correspondentes foram as seguintes:

Às vezes pode ser até um distúrbio afetivo... Dá a impressão de que ela tem algum outro distúrbio que precisava de uma atenção (Bruna).

Não só da doença orgânica... Devido ao psiquismo mesmo. Eu acho que tem uma desordem, uma coisa que, que não deixa ela viver bem por causa de tudo isso aí (Clemir).

Na verdade eles estão precisando de um apoio mais psicológico né (Elvira).

Vemos que elementos diversos foram evocados e mesclados na tentativa de explicar o fenômeno. O médico podia elaborar diferentes explicações para os comportamentos em uma mesma construção discursiva como: a presença de transtorno psicológico (remete à psicogênese), questões de ordem orgânica como desencadeantes de sintomas (remete a uma etiologia orgânica), inserção em um contexto social desfavorável (associação com o contexto social) e carência da usuária SVD (como uma origem vinculada ao caráter individual). Sendo este último um elemento mais próximo ao senso comum.

Designar uma causa a um fenômeno cuja prevalência é de aspectos subjetivos (relato de sintomas), sobre os objetivos (sinais de enfermidade) resulta em certa insegurança. A ansiedade, a depressão e o estresse apareceram de maneira indireta nos discursos e de certa forma garantiram ao quadro uma explicação. Quando os profissionais se dedicavam a responder às indagações, muitas vezes se reportavam a casos atendidos e a partir deles os termos emergiam. Lembravam-se de exemplos em que as pessoas atendidas reuniam características de usuárias SVD. Elvira enunciou: “Ela faz pico hipertensivo por conta de ansiedade, desmaia de verdade né”.

O médico Clemir se esquivou da resposta direta à pergunta, e rememorou a história de uma usuária que atendeu e inicialmente apresentou a ela um diagnóstico de depressão. Ela não retornou por dois anos e lhe justificou, ao reaparecer, que havia evitado um novo encontro pelo diagnóstico apresentado. Bruna, ao elaborar uma explicação para as usuárias SVD, enumerou uma série de enfermidades que associou ao fator emocional e relacionou o estresse à possibilidade de implicações graves na saúde dizendo: “O estresse causa disparo de adrenalina que vai sobrecarregar, vai tá o coração sempre em estresse. Então, não é o estresse em si que vai matar, mas é a sobrecarga”.

Relacionar o fenômeno à desordem, isto é, a alguma coisa que se apresenta fora de um padrão, e a distúrbio, caracteriza a tentativa de seu enquadre a uma nosografia reconhecida pela racionalidade médica. Assim, o objeto pode ser considerado foco de tratamento aos moldes tradicionais, leia-se medicação apropriada à disfunção, exames e orientações diretivas.

Outras maneiras de compreender o fenômeno também foram levantadas. A consideração da demanda dessas usuárias como **de origem emocional** foi bastante relevante. O aspecto emocional, de difícil mensuração e detecção, apareceu ora como causa ora como efeito de uma **demanda de origem relacional**. Seguem os relatos:

Muitas vezes a gente vê [...] conflitos familiares em decorrência de falta de conversa, falta de estrutura familiar também é outra questão que eu vejo muito (Clemir).

Eu imagino que é uma paciente que tenha muitos problemas em casa (Daniela).

As usuárias SVD eram vistas como aquelas que experimentavam conflitos com familiares e vivenciavam a violência em seu cotidiano. Por essas razões, apresentavam os sintomas difusos. Quanto à origem desses sintomas é “emocional, com certeza” (Amanda); “Tem pessoas que eu vejo que têm algumas questões que parecem afetivas” (Bruna); “Ah vêm todos eles do emocional dela” (Daniela). Surgiu nos relatos a origem dos sintomas como de ordem emocional. Contudo, a explicação para os comportamentos se relacionava a problemas vivenciados pela usuária em seu contexto. A abordagem do problema a partir do contexto de vida se aproxima mais ao modelo psicossocial. As usuárias eram

descritas como pessoas integradas ao ambiente que as cercava e, por isso, influenciadas pelas múltiplas relações que nele estabeleciam.

Ainda que os médicos partilhassem, em grande medida, a explicação e a origem dos sintomas que alçavam as usuárias SVD ao status de usuária a ser atendida como qualquer outra, o discurso em relação a elas carregava ambiguidades já enunciadas e uma lacuna. Lacuna esta que talvez seja a responsável por lançá-las na dimensão marginal daquelas que “não precisam de atendimento médico”. Isso surge quando analisamos o Tema **Dúvida quanto à veracidade dos sintomas relatados**.

Os profissionais explicitaram em seus relatos que as usuárias SVD elaboravam estratégias para conseguir entrar nos consultórios. Dentre essas estratégias, estaria a invenção ou simulação de sintomas. De acordo com eles, ao procurar atendimento sem prévia marcação, era frequente a menção de queixas e “as queixas nem batem com o que chega aqui, porque ela inventa lá pra conseguir entrar, entendeu”, disse Amanda. Outros questionavam ainda a diversidade de sintomas manifestos: “E a gente acha que as pessoas podem não ter tudo”, enunciou Bruna. A dúvida quanto à veracidade dos sintomas apresentados também foi levantada por Elvira: “Acaba você até, às vezes, deixando um pouquinho de lado e desacreditando nessa paciente quando chega com uma coisa de verdade”.

Parecia que todas as questões emocionais e relacionais apontadas como explicação para os sintomas foram qualidades que os aproximavam à concepção de ilegítimos. Sendo ilegítimos, não poderiam ser verdadeiros e, mais, seriam intencionalmente criados pelas usuárias. O sofrimento da usuária é então, destinado à mesma dimensão marginal mencionada acima. Elas simulavam sintomas para serem atendidas, faziam-no como um apelo, um pedido de ajuda, uma forma de fugir de seus problemas ou mesmo de chamar a atenção para si:

É pedido de socorro mesmo pra buscar é... como se a gente fosse uma bengala [...] Eles vêm com mil desculpas [...] porque às vezes é uma fuga dos problemas. A maioria das vezes é uma fuga dos problemas desse paciente, é típico nesse paciente poliqueixoso né. Ele fugir, fugir, tá chamando a atenção. Quer chamar a atenção, mas é da pior forma possível né (Elvira).

Mais uma vez, instaura-se a ambiguidade pois, ao mesmo tempo que a manifestação da usuária era compreendida como um pedido de ajuda, ela era assumida como “desculpas”, como um artifício para fugir dos problemas e chamar a atenção. Se é assim, que crédito atribuir ao sofrimento dessas usuárias? Embora os profissionais parecessem perceber a necessidade que a usuária tinha de acolhimento e de cuidado, não atribuíam real importância ao seu estado amplo de mal-estar.

Há indícios de que os sintomas eram considerados ilegítimos, mas é necessário que essa afirmação seja confirmada a partir da evolução da análise. Ainda cabe compreender se as usuárias SVD eram vistas como casos para a medicina ou não eram. Talvez consigamos aclarar as questões na sequência quando entrarmos na análise das práticas destinadas a essas usuárias.

Ao entrarmos nos meandros das práticas sociais, devemos entender que elas são apreendidas por meio do relato, produto de um empenho cognitivo que sofre interferências do contexto, do interlocutor, do discurso “politicamente correto”, entre outras. De qualquer forma, vocábulos e contradições podem nos ajudar na apreensão do que os profissionais pensam sobre as condutas que destinam às usuárias SVD. Na relação com este tipo de usuária os médicos disseram que: **Investiam na formação de vínculo; Adotavam procedimentos técnicos de investigação; Avançavam na investigação de aspectos vivenciais da usuária; Adotavam atitudes como a escuta e o acolhimento e Prescreviam psicofármacos.**

Por considerarem as usuárias SVD difíceis de lidar, principalmente em um primeiro atendimento, disseram que a estratégia utilizada para conseguir entender o problema relatado era o investimento **na formação de vínculo**. Era a relação construída com o tempo entre médico e usuária que definiria a penetração da intervenção médica:

Com a criação do vínculo, elas acabam em algum momento, chegando à queixa principal mesmo, né [...] O “poliqueixoso” a gente já sabe que tem alguma coisa por trás que ele não tá falando. É o que a gente mais vê aqui (Amanda).

Acreditava-se que, a partir do momento em que a usuária se sentia mais familiarizada com o profissional, teria segurança para expressar mais claramente

seu problema. Esse relato sugere que o médico entendia que a usuária omitia as questões relevantes ao seu tratamento. Não levantava a possibilidade de que talvez ela tivesse dificuldade em relacionar seu sintoma às suas vivências ou mesmo que poderia haver uma deficiência do médico em compreender a expressão de sofrimento da usuária. Conforme o relato da médica Daniela, o vínculo exercia uma função diferente no acompanhamento a essas usuárias: “Isso às vezes faz com que ela consiga identificar o problema”. O sofrimento estava presente e talvez ele fosse interpretado pela usuária como uma doença. Sendo assim, o vínculo poderia auxiliá-la a identificar a raiz desse sofrimento.

Mencionaram também que **adotavam procedimentos técnico-científicos de investigação** traduzidos por identificação dos sintomas e tentativa de desvendá-los e agrupá-los na formação de um diagnóstico. A médica Amanda dizia: “a gente vai tentando solucionar por partes as queixas”. Na mesma direção foi o argumento da médica Bruna quando enunciou: “Eu começo a investigar ponto por ponto. É o que me resta como médica... Eu vou ver se eu segmento esses sintomas pra ver se eles fazem sentido isoladamente”.

Nessa investigação de cada sintoma, os profissionais prescreviam exames variados. Privilegiavam, nesse caso, a tecnologia dura (Franco et al., 2003) relativa ao aparato de instrumentos para exames que revelassem uma disfunção orgânica. Parecia ser o papel correspondente e esperado de um membro dessa categoria profissional.

Daniela destacou os fundamentos principais da clínica médica na identificação dos problemas relativos às usuárias SVD, aproximando-se ao universo reificado. De acordo com ela: “O diagnóstico na conversa, na anamnese, você faz na hora. Com certeza, você faz na hora. Até porque a gente examina, faz o exame clínico”. Ressaltou ainda a potência da prática clínica quando se valeu do recurso complementar do diálogo com a usuária, isto é, de uma entrevista humanizada que ultrapassaria o formato de interrogatório. Disse que se “no exame clínico não tem nada, você continua a conversar... claro, não precisa levar três horas a consulta, mas naquele tempo que você tem, se você tiver boa vontade você consegue identificar”.

Assim, os inúmeros exames talvez não sejam o único e mais eficaz recurso para a identificação de uma usuária SVD, tampouco para a condução de seu tratamento. É necessário o empenho no desenvolvimento das tecnologias leves cujos fundamentos estão nas relações entre médico-usuário calcadas no vínculo, na autonomia e na responsabilização (Franco et al., 2003).

Afirmaram a importância da **investigação de aspectos vivenciais da usuária**. Assim, relataram que:

É questão de tempo. Só se a gente já souber de alguma história assim ou pelo próprio agente de saúde: - Oh, eu sei que é tumulto dentro daquela casa. Moram não sei quantas pessoas, né. Então, tão passando fome, tão desempregados.(Amanda)

Se eu não achar nada, do nada, do nada, que bom vamos tratar a questão emocional... A gente vai ver onde tá o ponto fraco da pessoa. Se ela não tem nada biológico visível, nós vamos ter que achar o problema (Bruna).

Então, aí eu agiria o seguinte: conversaria, tentaria ver qual é o problema realmente que tá... das duas maneiras, às vezes, ela fala uma coisa mas quer dizer outra né. Então eu sempre tento analisar e ouvir as duas falas do paciente né (Clemir).

Na Estratégia de Saúde da Família, é muito mais fácil porque nós conhecemos a família, mas mesmo que eu não conhecesse, como antes eu não fazia, então o paciente chega na primeira vez, aí ele começa a conversar, aí ele fala porque minha cabeça dói, mas aí depois dói minha perna e eu falo: - Ah, mas como é que é, você tem filhos? Tem neto? Como é que tá? (Daniela).

Você vai ver a vida daquela pessoa né, aí entra o médico de família, porque é o tipo da medicina que você não olha, você não vê um coração parado na sua frente, você não vê um cérebro parado na sua frente né, uma mama, você tá vendo o paciente como um todo e a família (Elvira).

Disseram fazer parte da prática clínica com essas usuárias a exploração de seus aspectos vivenciais. Apontaram a importância de conhecer a família e a situação de vida das usuárias, de modo a obter mais informações a respeito do que podia influenciar no desencadeamento dos sintomas apresentados. Indicaram que partiam para a exploração dos aspectos vivenciais apenas depois de terem a comprovação científica de que os sintomas não se relacionavam a uma enfermidade.

Essa última ideia, aponta para o fato de que a segurança do médico estaria mais em elementos tangíveis de comprovação da presença de uma enfermidade que nos aspectos possíveis de emergirem no encontro com a usuária, por meio da prática da Clínica ampliada. A adoção do modelo psicossocial na condução

dos atendimentos poderia oferecer ao médico um panorama generoso a respeito da usuária. Esse o auxiliaria nas conclusões feitas sobre a saúde da usuária e no desempenho de uma clínica mais resolutive.

Ao seguir essa perspectiva, alguns profissionais disseram adotar **atitudes como a escuta e o acolhimento** durante os atendimentos. No entanto, como alguns concebiam essa usuária SVD, como vimos, portadora de algum distúrbio de ordem psicológica ou emocional, associaram tais atitudes à **prescrição de psicofármacos**. Seguem os relatos:

Eu primeiro conversando bastante, ouvindo bastante o paciente de todas as formas e tentando, se for o caso, passar um remédio. Um antidepressivo que a maioria, não é nem, a ansiedade advém por causa da depressão né (Clemir).

O consolo naquele momento vai ser importante. Eu valorizo demais, sabe essa... a parte que não é estrategicamente medicamentosa... Ela vai falar e ela vai se sentir melhor (Daniela).

Essa pessoa merece ser escutada, ser acarinhada, ser tranquilizada (Elvira).

Cabe ressaltar que a médica Elvira, ao destacar que esse tipo de usuária precisava do acolhimento para se sentir melhor, iniciou a resposta versando a respeito do tratamento destinado a ela quando ainda era acadêmica. Relatou que tais usuárias eram identificadas como aquelas que tinham “piti”, conotação pejorativa para o sofrimento apresentado diante dos profissionais de saúde, proveniente do termo “pitiático” mencionado na introdução. Em tom jocoso, mas afirmando sua reprovação, comentou que a elas era destinado um tratamento especial. Aplicavam o método “macarena”. Para enfatizar o teor do método fez os gestos que remetiam à famosa coreografia criada na década de 1990, para acompanhar a música com o nome citado. De acordo com a profissional, era dessa maneira que as usuárias saíam das instituições de saúde, por receberem injeções dolorosas em quatro partes do corpo: nádegas e braços.

Afirmou, com certa recriminação, que ainda hoje o mesmo método era utilizado para tratar tais usuárias: “Era uma brincadeira com o “piti” de mau gosto, né. Isso é muito de mau gosto, mas infelizmente é uma realidade que até hoje é feito tá, até hoje é feito”. Algo bastante interessante ocorreu. No decorrer da entrevista, após a emissão dessa resposta, a médica realizou um atendimento de

demanda acompanhado pela pesquisadora. Durante o atendimento, depois da manifestação das queixas, ela olhou para a pesquisadora e diante da usuária disse: “Este era um caso de ‘macarena’”.

O procedimento relatado nada mais era que uma forma de punição voltada a usuários estigmatizados que manifestavam sofrimento não legitimado pela medicina tradicional. Depois da saída da usuária a médica manifestou certa indignação e irritação, sob a forma de alguns comentários como: “Você viu? Ela tinha as medicações e só veio pra conseguir o atestado. Eu não tenho dó”. Na verdade, a usuária manifestou as dores sentidas e sua impossibilidade de trabalhar em função delas, assim, mesmo munida das medicações era necessário que apresentasse em seu local de trabalho um atestado, certificando a inviabilidade de ela realizar suas tarefas habituais.

Contudo, a profissional, convicta de que detinha a verdade sobre a usuária, selecionou a escuta conforme sua conveniência e enunciou: “a gente tem que agir até pro bem das pessoas. Ela precisa trabalhar, essa aí precisa trabalhar pra não ficar pensando: - Ai, socorro meu pé. Eu tenho problema no pé”. Assim, pareceu ter concluído que o sofrimento apresentado não era tão relevante, mas um artifício para a usuária obter alguma vantagem: “Eu senti que tem golpe aí nessa situação entendeu”.

A circunstância foi bastante ilustrativa do caráter impositivo da representação, mais arraigada, em relação à prática. Isso quer dizer que, embora a médica tenha se posicionado contra certa abordagem a usuárias com o perfil daquela atendida, em sua prática, resgatou o procedimento, mencionando a “macarena”, quando diante do fenômeno, mas ponderou em implementá-lo, isto é, não o praticou.

Ainda sobre a prescrição de psicofármacos, como observamos com a análise dos relatos sobre as práticas destinadas às usuárias SVD, os médicos pouco mencionaram o uso de medicação. Apontaram que a abordagem voltava-se à prescrição de exames, ao cuidado, ao acolhimento e à escuta. Contudo, quando indagados especificamente sobre o uso de medicação outros elementos vieram à tona. Para analisá-los, foram construídos os seguintes Temas: **a medicação era eficaz em parte; eram necessários artifícios complementares**

à medicação; os benzodiazepínicos eram utilizados com restrição; os psicofármacos traziam benefícios; os sintomáticos eram utilizados como placebos.

Os participantes afirmaram recorrer a medicamentos, fosse sob a forma de sintomáticos ou de psicofármacos, com a finalidade de aplacar os sintomas direta ou indiretamente. De acordo com os relatos:

Eu já encaminho direto tanto pro atendimento ou psicológico junto com a homeopatia que tá tendo um retorno bom da queixa de insônia, até da ansiedade, e procuro fazer, entrar com a própria Prometazina e Amitriptilina se for o caso (Amanda).

Eu gosto do ansiolítico se é questão da pessoa, não é um transtorno mental, é uma ansiedade (Bruna).

O que eu passo, que eu inicio é o Fluoxetina e o Citalopran que são inibidores da recaptção de serotonina. Tenho passado também agora, por um tempo pra cá, também Amitriptilina (Clemir).

De repente, às vezes eu passo né. Eu sei que a paciente vai melhorar porque ela tem a receita, eu passo (Daniela).

Às vezes um sintomático, quando eu vejo que não é, que não tem nada específico, é um sintomático (Elvira).

Concordaram que **a medicação era eficaz em parte** por auxiliar no tratamento, dizendo:

Sozinha não. Porque como a gente tem visto que a parte emocional pesa muito em todos os sentidos (Amanda).

Mas na questão depressão e ansiedade, depressão eu vou falar assim os quadros né simples né de depressão e ansiedade eu acho que a medicação ajuda (Bruna).

Ajuda, assim, se tirar essa medicação ela não vai conseguir viver. Eu sei que se tirar, aí não vai resolver mesmo. [Mas esse que você inicia, você acha que resolve?] Sim, esse que eu inicio, em casos mais extremos assim, ela resolve. Agora, os que pra dormir, Prometazina, tal alguns não resolvem totalmente não. É que o Prometazina é um remédio mais inócuo, mais fraco, vamos dizer (Clemir).

Dizer que a medicação resolve “em parte” significa que não resolve totalmente o problema. Era necessário que outros recursos fossem agregados à prescrição medicamentosa para a obtenção de um bom resultado. O médico Clemir foi impreciso em sua argumentação, levando à conclusão de que o recurso principal utilizado por ele era a medicação e apenas se esta não resolvesse,

procurava outros meios de lidar com a questão. De acordo com ele, a medicação escolhida para tratar, inicialmente, casos de usuárias SVD, resolvia. Todavia, em um caso específico no qual o remédio era “mais inócuo, mais fraco”, de acordo com suas palavras, não havia eliminação do sintoma e, em função disso, abria-se a necessidade de encaminhamento ao “especialista e pro psicólogo. Quando chega a não resolver é porque ele realmente tá precisando de um psicólogo. Aí encaminho pra nossa psicóloga aqui ou até mesmo pra um psiquiatra né” (Clemir).

Isso quer dizer que existem dois posicionamentos a respeito da eficácia da medicação. Um que se aproxima ao destaque da eficácia terapêutica sintomática, porque seu uso é realizado com o objetivo de controlar ou aplacar a manifestação do problema da usuária que é demasiado incômodo ou impeditivo para ela. O outro se relaciona à eficácia terapêutica curativa em que se acredita no potencial da medicação de eliminar os agentes causadores de um problema e assim saná-lo (Saraceno, Asioli & Tognoni, 2001).

Esse segundo posicionamento levanta duas hipóteses: a de que os médicos atribuíam a si e à sua tecnologia o poder de resolver quase tudo, assim apenas quando havia persistência de dado sintoma encaminhavam a outros profissionais, em que a competência estaria em identificar um distúrbio de origem específica instalado e tratá-lo; e a de que os médicos colocavam a medicação em primeiro plano (em relação ao encaminhamento) para tentar uma resolutividade no atendimento primário e para não sobrecarregar os especialistas – incluindo a psicóloga.

Ao considerar a medicação como recurso cuja eficácia é sintomática, pode-se adotar **artifícios complementares** a ela. Foram apontadas como alternativas, a atuação de outros membros do corpo da Unidade para auxiliar os profissionais a lidarem com a usuária SVD. Devido à variedade de queixas, tornava-se promissor o envolvimento de outros profissionais que contribuíssem com o seu conhecimento:

Eu já encaminho direto tanto pro atendimento ou psicológico junto com a homeopatia que tá tendo um retorno bom da queixa de insônia, até da ansiedade, e procuro fazer, entrar com a própria Prometazina e Amitriptilina se for o caso... A gente tem esse apoio da

técnica desportiva [...] então encaminho. Agora a gente tem a ONG [...] tenta levar pra lá também [...] Remédio sozinho não resolve, disso daí eu tenho certeza (Amanda).

A terapia é essencial porque eu falo: - Remédio não faz nada. Remédio, basicamente, vai ser um anestésico que eu vou infiltrar em você, pra você ter condições de vir à Unidade, porque se não você vai ficar dentro de casa (Bruna).

Conversa mais um pouquinho, pode passar um antidepressivo, porque se não ele vai cair em depressão... Eu passo o medicamento, o antidepressivo. Eu medico [...] mas eu encaminho pra psicólogo ou, dependendo do nível, do grau, eu encaminho pro grupo de saúde mental (Daniela).

É uma pessoa que tem que ser trabalhada psicologicamente. Tem que ver as questões familiares, é uma equipe multidisciplinar na verdade que essa paciente tá precisando né (Elvira).

Nos relatos, apareceu a questão da dependência de alguns usuários aos benzodiazepínicos, e por essa razão eles eram vistos como medicamentos de prescrição bastante restrita. **A restrição a benzodiazepínicos** foi acompanhada em alguns atendimentos no período de observação participante. Os profissionais procuravam orientar as usuárias a diminuírem o uso aos poucos, ideia que enfrentava certa resistência: “Sempre tento convencer o paciente, os meus pacientes principalmente, tento convencer de não progredir nessas medicações [...] Não é fácil, não é muito fácil não” (Clemir).

Contudo, era recorrente a prescrição de continuidade, mas com ressalvas sob a forma de alerta do médico quanto à necessidade de redução do uso. As alternativas estavam desde a recomendação de outros psicofármacos que, de acordo com os profissionais não causavam dependência, até de fórmulas homeopáticas e acupuntura: “A gente tem aqui na prefeitura acupuntura, homeopatia são coisas que podem ajudar a pessoa a melhorar” (Daniela).

Neste sentido observou-se que, há algum tempo, os profissionais valeram-se dos benzodiazepínicos como um recurso valioso para o controle ou mesmo eliminação dos sintomas dessas usuárias. Ao invés de esses medicamentos representarem uma facilitação da relação entre eles e a usuária, transformaram-se em obstáculo. Algo para o que Saraceno et al. (2001) alertou ao avaliar o efeito e a eficácia dos psicofármacos.

Ainda assim, alguns relataram prescrever benzodiazepínicos em certos casos: “Em casos extremos, eu passo. Que é o recomendado realmente, por exemplo, uma morte violenta, uma morte trágica na família, uma situação bem,

bem agravante, eu passo aí 30 comprimidos de Diazepan” (Clemir). De acordo com o profissional, apenas em casos muito graves ele se valia dessa medicação e ressalvou, por um período curto. Cabe destacar que o médico mencionou a seguir que o adequado para a situação seria a ingestão de 10 comprimidos, mas mesmo não sabendo se a usuária retornaria, ele prescreveu 30 e justificou: “talvez não voltasse nunca mais [...] Eu passo 30, mas falo: - Olha, não toma esses 30 não. Toma aí por 10 dias que é o recomendado, por esse período e depois vai desmamando, vai tirando...” (Clemir).

Em uma situação como essa, tendo como norte a concepção psicossocial, recomenda-se a adoção de uma atitude psicoterapêutica e do envolvimento da equipe tanto na vida social, como na relação do usuário (Saraceno et al., 2001), acompanhando-o durante a vivência do luto, por exemplo. Quando o médico disse que “talvez não voltasse nunca mais” talvez ele estivesse contando com a resolutividade do uso da medicação.

Outra médica afirmou que, em casos de usuárias SVD, quando existiam questões emocionais envolvidas, poderia se valer de um benzodiazepínico: “eu uso um Rivotril sublingual, depende, muito dificilmente eu uso isso” (Elvira). Tais afirmações foram preocupantes no sentido de que outros recursos poderiam não ser acessados, por algum motivo, em casos de difícil intervenção. Por essa razão, ainda que o uso massivo de benzodiazepínicos tenha surgido como um problema na percepção dos profissionais, persistia a crença em sua eficácia para certos casos que o privilegiava em detrimento de outros procedimentos terapêuticos.

Os benefícios dos psicofármacos foram bastante avaliados na sua indicação. Muitas vezes foram supervalorizados ou mesmo apontados como um recurso acessível diante da dificuldade de encontrar apoio técnico na Unidade, para lidar com o caso. Assim, os médicos justificaram recomendar psicofármacos porque:

Se possível, se não tiver condições de tá encaminhando ao psiquiatra, ao psicólogo, num primeiro momento, que é o que a gente não consegue, que a gente fizesse essa alternativa (Amanda).

Nós temos uma dificuldade muito grande de psiquiatra, então nós medicamos (Daniela).

Parecia haver dificuldade em acessar outros profissionais para um trabalho multidisciplinar. Não deixaram claro se era o volume de atendimentos que provocava esse entrave no acesso, mas possivelmente esse era um dos fatores mais importantes, como verificado durante a observação. Para aqueles que tranquilamente recomendavam psicofármacos, pelo fato de perceberem a necessidade de sua utilização, atribuíram a eles grandes benefícios. Eles podiam atuar tanto na mitigação do sofrimento: “Eu gosto do ansiolítico [...] Porque além do efeito cumulativo do ansiolítico, ele tem esse efeito anestésico afetivo [...] Então, tem momentos que eu acho que o ansiolítico ele é um ‘santo remédio’” (Bruna). Ainda era um “santo remédio” porque operava na supressão de alguns sintomas difusos:

Se a pessoa tem uma enxaqueca, se a pessoa tem dores no corpo [...] aí a partir dos outros sintomas dela eu tento usar uma medicação só que dê conta de umas duas, três queixas e no ansiolítico a gente tem muito isso (Bruna).

Tenho passado também agora, por um tempo pra cá, também Amitriptilina. Ele tem efeito pra dor de cabeça, algumas vezes tem pra dor no corpo também né, pra tratar a fibromialgia... (Clemir).

Aqui, mais uma vez, fez-se presente o caráter mítico atribuído pelos profissionais aos medicamentos. Quando se fala que o remédio é “santo” quer dizer que é dotado de poderes divinos, milagrosos, capaz, por isso, de mudar o curso de uma situação bastante complexa e de assegurar a cura dos males.

Surgiu nos relatos ainda a intervenção com **sintomáticos como placebos**. Esses medicamentos eram normalmente prescritos com a justificativa de supressão das dores, algo substancialmente acompanhado na observação. Nos discursos apareceram referências a essa estratégia para lidar com os sintomas apresentados pelas usuárias SVD. Seguem os relatos:

Algumas vezes que é só ansiedade ou só uma leve dificuldade pra dormir eu passo um anti-histamínico, que tem ação também pra dormir, o Prometazina da vida, o Fenegan, um comprimido que às vezes é dois por noite. Então, eu tenho passado esses aí (Clemir).

Às vezes um sintomático, quando eu vejo que não é, que não tem nada específico, é um sintomático... Uma medicação pra dor, praquilo que ela tá sentindo naquele momento, às vezes até você não faz nada. Você bota um soro, quando você vê que é um “pitizão” mesmo né, que não tem... Você bota um soro, só o fato da pessoa tá com o soro, e aguarda a reação da pessoa. A pessoa melhora achando que ali tem um remédio entendeu, aí você não precisa fazer nada (Elvira).

O uso do placebo é admitido no meio científico e tem sua eficácia reconhecida, apresentando resultados terapêuticos interessantes sobre sintomas. No primeiro relato, o profissional médico valeu-se de uma medicação que apontou ser destinada a um fim, mas que nesses quadros poderia atuar como relaxante induzindo ao sono. No segundo caso, foi prescrita uma substância de atuação direta na dor, mas também o uso de substâncias inertes, consideradas placebos.

Em Guedes (2007) o uso de sintomáticos foi apontado como recurso utilizado por médicos para lidar com os sofrendores somáticos, embora os próprios médicos destacassem a pouca eficácia do medicamento na minimização dos sintomas, na maioria dos casos. A intervenção por meio de placebos, em casos como aqueles das usuárias SVD, considerados complexos para os profissionais, foi compreendido por Guedes (2007) em seu estudo como uma saída biologizante e pouco resolutiva.

3.1.5. O que disseram os profissionais a respeito dos homens com manifestação SVD?

Discutiremos a categoria relativa à questão 18 do roteiro (vide Apêndice A). Quanto aos homens com manifestações somáticas que procuravam os serviços da Unidade, os profissionais afirmaram que eles apareciam pouco. Houve a ênfase do quanto era rara tal manifestação em usuários do sexo masculino: “É raro né. Com esse quadro aqui é raro. Raríssimo” (Bruna). Tais enunciações são curiosas, à medida em que observamos, durante toda a exposição dos resultados, que os profissionais utilizavam o masculino na hora de se referir às usuárias SVD, mesmo remetendo à sua fala ao caso de uma mulher SVD, apresentado pela vinheta anexada ao roteiro de entrevista. A respeito da concepção dos profissionais sobre esse raro fenômeno com o qual se deparavam na Unidade foi possível abstrair os seguintes Temas: **A baixa procura dos homens por serviços da Unidade; Imprecisão ao definir um homem com manifestação SVD; A dificuldade dos homens para expressar a queixa.**

A primeira explicação para a raridade do fenômeno se relacionou à **baixa procura dos homens por serviços da Unidade**. Apareceu nos relatos que os

homens costumavam procurar os serviços de saúde apenas se houvesse um sintoma que os incomodasse demasiadamente. Caso contrário, resistiam às intervenções. A médica Elvira, por exemplo, relatou que a entrada dos homens decorria de alteração da pressão ou mesmo por uma situação que demandasse uma intervenção emergencial. Eram, de acordo com ela, difíceis de acessar: “eles não têm essa cultura de vir ao médico, agora que tão começando a ter”. Sinalizou, portanto, que embora os homens ainda não tivessem a iniciativa de procurar os serviços de saúde, existia uma tendência à mudança de comportamento.

Na mesma esteira, a médica Amanda explicitou que o acesso a essa população era mais difícil. Os profissionais apontaram que essa população ainda não era pró-ativa no cuidado à saúde. Disseram que era necessário buscá-la. A médica Elvira explicou que a razão para essa resistência também poderia ser porque os homens “não querem ser podados. Eles não querem que a gente fale: - Oh, não coma, não beba. Eles não querem escutar isso né”.

Quando os profissionais relacionaram os homens à manifestação de sintomas SVD, ocorreu certa **imprecisão ao definir um homem com manifestação SVD**. A médica Bruna, por exemplo, enunciou sua teoria a respeito dizendo:

É estranho, é estranho. Você vê um homem tendo aquele tipo de reação é quase que um preconceito, porque não é comum mesmo. Eu não sei o que pensar, não é preconceito meu. Preconceito que eu falo assim, de achar estranho, de não achar que aquilo é possível em homem né. É uma coisa... Como assim, homem com isso? O que tá havendo? Como se naturalmente eles biologicamente, eles têm realmente uma certa proteção, não sei. É isso.

Vemos que o fenômeno ainda não ganhara definição precisa e, por isso, causava estranhamento. Era algo que pouco aparecia no serviço e talvez não fosse tão discutido entre os profissionais. Essa fala parece ancorar os SVD em gênero. Isso porque leva-nos a pensar que os sintomas vagos e difusos eram relacionados a uma espécie de “frescura de mulher”. Parece legítimo uma mulher ser carente, histérica, imprecisa, características que não se encaixam bem ao homem. De qualquer forma, afirmaram tratar esses homens SVD como tratavam todos os outros usuários, sem distinção. A médica Bruna dizia: “Eu tento fazer a mesma coisa que eu faço com os outros”. O médico Clemir afirmava: “Eu vou

proceder, vou agir da mesma maneira”. E a médica Daniela enunciava: “Eu acho que independente do sexo o problema tá ali, instalado. Então, as medidas são as mesmas. A valorização tem que ser a mesma. Não pode ter muita diferença né”.

Alguns profissionais também afirmaram que os homens SVD guardavam certa peculiaridade se comparados às mulheres SVD. Essa diferença dizia respeito especialmente ao fato de eles terem mais **dificuldade para expressar a queixa**. Normalmente, de acordo com os médicos, eles buscavam a Unidade com um objetivo definido, o de obter a medicação. Assim, os profissionais seguiam um padrão de atendimento restrito à prescrição medicamentosa. Se não havia queixa determinada e explicitada, também não procuravam incentivar o usuário a falar a respeito de uma queixa latente: “Talvez tem essa questão. Da escuta novamente. Talvez a gente vai tão direcionado: - Ah, o senhor veio aqui pra pegar o remédio de pressão. Ah o remédio de diabetes. Passo o remédio dele” (Cleimir).

Disseram que, por isso, os sintomas poderiam apresentar outras características, mas não sabiam precisar quais. Como afirmou o médico Cleimir:

O homem não tem muito algumas questões de dor no corpo ou insônia, às vezes ele, é outra maneira os males que atacam ele, não sei nem dizer exatamente. Mas a gente não vê muito na situação aqui. Às vezes aumenta a pressão.

Vimos que, inclusive na definição dos sintomas, os profissionais não apresentaram tanta segurança, parece mesmo que ainda não elaboraram uma ideia a respeito desse fenômeno. O que podemos inferir é que pelo fato de esses homens SVD, na percepção desses profissionais, aparecerem em menor quantidade do que as mulheres de mesmas características e manifestarem sintomas mais legitimados em mulheres, o estranhamento que pairava sobre eles era ainda maior. Esse aspecto poderia designar uma postura, durante os atendimentos, mais enrijecida. A insegurança presente na interação entre médico-usuário SVD tende a suscitar consultas estereotipadas, nas quais o foco maior torna-se a prescrição medicamentosa.

3.2. Discussão dos resultados

Aqui finalizamos a análise dos dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas. Foi possível verificar uma série de sentidos partilhados pelos

profissionais a respeito de como concebiam as usuárias SVD e de como percebiam as práticas elaboradas em relação a elas. Procuramos analisar os discursos a partir do reconhecimento de que os sujeitos expressavam fenômenos psicossociais, desde seu pertencimento a determinadas inserções sociais. Portanto os participantes da entrevista referiram-se ao fenômeno abordado pelo estudo do ponto de vista de sua categoria profissional – médicos de saúde da família – e de sua categoria social – representantes de classe média alta.

Embora tenham ocorrido algumas falas que carregavam certa particularidade, buscamos destacar aspectos comuns de maior relevância. As problematizações norteadoras (Partilhariam eles da mesma compreensão sobre as usuárias SVD? e De que maneira perceberiam as próprias práticas destinadas a essas usuárias?) permitiram traçar pontos persistentes nos discursos.

Os Temas identificados na análise de conteúdo tornaram clara a construção partilhada dos profissionais quanto às usuárias SVD principalmente: na comparação com usuários em geral e com o “bom usuário”, nas teorias quanto às causas dos sintomas SVD e no entendimento das práticas destinadas a estas. Os elementos levantados foram provenientes tanto do universo reificado, tributário de protocolos e procedimentos técnico-científicos, quanto do universo consensual, constituído por aspectos elaborados na experiência direta com o fenômeno e nas trocas estabelecidas pela comunicação entre os pares.

Vimos que o campo representacional (Moscovici, 1961/2012) relacionado às usuárias SVD incluiu ideias e imagens relacionadas a outros objetos de grande saliência na USF: usuários em geral, o “bom usuário”, pessoa doente e população de classe social menos abastada. Notamos que, para os médicos, a Unidade era reafirmada como um espaço no qual a usuária SVD não deveria estar. E ainda assim sua presença persistia.

Quando emparelhamos os resultados obtidos a respeito dos usuários em geral àqueles relativos às usuárias SVD, observamos que as usuárias SVD foram incluídas em algumas imagens elegidas para naturalizar os usuários em geral. Elas são também “carentes”, por serem os sintomas a expressão da necessidade de “chamar a atenção para si”, e são “dependentes”, uma vez que aparecem

muito na Unidade em busca de atendimento. Tais imagens se relacionam àquelas designadas exclusivamente a essa população que incluem:

- “Meu posto, minha vida”;
- “Sócio da Unidade”;
- “Crônicas da Unidade”.

Se comparadas a outro objeto como o “bom usuário”, concebido pelos profissionais como aquele que exercia uma atividade remunerada e que tecia planos para o futuro, (algo que o distinguia substancialmente dos usuários em geral), que era autônomo no cuidado à sua saúde, que se comportava bem diante do profissional, que seguia as recomendações dele e por fim, que sabia utilizar o serviço, as usuárias SVD distinguiam-se bastante desse “usuário ideal”. Isso ocorria também em relação aos usuários em geral. As imagens evocadas para esse usuário desejado, foram as seguintes: esclarecido, autônomo (sob o controle do médico), obediente/dócil.

As imagens das usuárias SVD que se opuseram claramente a essas associadas ao “bom usuário” foram as seguintes:

- Cansativa;
- Caso difícil;
- “Goiabinha”;
- Chata.

As usuárias SVD eram cansativas por não seguirem as orientações dos profissionais, eram por vezes, intransigentes e voluntariosas, apareciam demasiadamente na Unidade com queixas ora variadas, ora persistentes. Por essas razões o contato com essas usuárias provocava um desconforto nos profissionais. Esse desconforto era proveniente da insegurança frente a uma situação da qual não se conseguia o controle integral. As referências quanto à prática clínica não lhes oferecia resposta para tratar dos casos acompanhados. Era sempre uma pendência, algo que não podia ser solucionado e que retornava frequentemente, reatualizando a frustração do profissional. Era a vivência da impotência, da limitação de uma prática que se afirma sempre como resolutiva sob a chancela da racionalidade médica. Esses fatores indicam o distanciamento dessas usuárias dos usuários em geral e do “bom usuário”.

A vivência desse desconforto se traduziu nos seguintes afetos que puderam ser inferidos a partir dos dados obtidos no período de observação: impaciência, enfado, inquietação. Todos esses elementos se relacionaram com as explicações atribuídas ao comportamento das usuárias SVD e com as práticas dirigidas a esse público. Desse modo, ao serem indagados quanto à causa subjacente ao comportamento das usuárias SVD, os profissionais elaboraram diversas explicações.

Muitas delas, como vimos denotaram certa imprecisão. Foram utilizadas diferentes referências na tentativa de elaboração do fenômeno. O que observamos nos relatos foi a presença de discursos elaborados ao longo da história na tentativa de compreensão dos sintomas vagos e difusos e elementos que remontam a crenças, do senso comum. Vimos que os profissionais destacaram a etiologia psicológica e fizeram referência à etiologia social para contextualizar os problemas psicológicos. Recorreram às noções de distúrbio, transtorno e somatização para delinear o comportamento das usuárias SVD. Associaram o comportamento das usuárias SVD às ideias de carência e de omissão dos sintomas. Tais explicações imbricadas aos afetos orientam práticas sociais. Como estamos falando do relato das práticas, lembramos que podem existir relações não tão claras entre as três instâncias: cognição, afeto e comportamento.

Por essa razão, as práticas afirmadas pelos profissionais em relação às usuárias SVD relacionaram-se a maneiras distintas de lidar com o fenômeno. Na adoção de uma racionalidade biologicista, o recurso utilizado consistiu em procedimentos técnico-científicos de investigação em que estava presente a dupla sintoma-diagnóstico. Nesse caso, a prática tornava-se médico-centrada e o foco era a formação de um quadro nosográfico preciso que designava procedimentos definidos. Essa conduta, de acordo com os relatos poderia tornar-se um “vício” quando a atuação do médico ficasse restrita a orientações engessadas e à medicalização.

Por vício, do latim *vitium*, de acordo com o Aurélio, entende-se ser um comportamento repetido por muito tempo, que se transforma em um hábito nocivo. Como hábito, é acionado automaticamente diante de dada situação,

nesse caso, durante o atendimento a um usuário. Não é entendido como prática adequada a ser reproduzida, mas aquela de conotação negativa. Embora não sejam consideradas, propriamente vícios, por não assumirem uma conotação sempre negativa, as práticas sociais são também condutas reproduzidas muitas vezes nas vivências do dia a dia. São condutas habituais.

Elas são ativadas por representações construídas e partilhadas por determinado grupo, sobre um fenômeno que constitui o cotidiano deste grupo. São elaboradas no intuito de provocar menos angústia nas situações cotidianas e economizar tempo, de certa maneira, no manejo da vida. Sendo a situação familiar, por se estar em contato com ela constantemente, não há razão para, a todo momento, modificar um padrão de comportamento que dinamiza as relações e que é compreendido como eficaz.

Assim, provavelmente ocorria com os médicos, desenvolviam muitas vezes práticas sociais e as realizavam de maneira automática durante os atendimentos. Eram raras as vezes em que, em uma situação familiar, surgia um elemento percebido como estranho, algo que fugia do habitual. No momento em que isso ocorria, observava-se certo desconforto. Esse desconforto suscitado, supõe-se que poderia levar a uma revisão da prática desenvolvida.

Como a médica Amanda relatou, a necessidade de revisão da conduta surge no momento em que “acontece alguma coisa”. A partir desse desconforto diante do estranho, passa-se a elaboração de um questionamento, de uma problematização que pode levar a uma mudança. Quanto a esse aspecto, Arruda (1998) nos oferece uma importante contribuição ao expor que as representações sociais não exercem um papel fundamental apenas na incorporação do insólito, mas opera substancialmente na transformação do familiar. De acordo com a autora, esse aspecto pouco explorado da Teoria instaura uma lacuna que pode contribuir para a transformação de práticas. Isso ocorre porque a ambiguidade é estabelecida mesmo diante do velho e do familiar. Em algum momento, diante de um novo contexto, o familiar pode gerar incômodo e desconforto e mobilizar uma reformulação (Arruda, 1998).

Tal possibilidade de reformulação corrobora a ideia de Souza (2012) que afirma serem as “ações periféricas” aquelas que carregam consigo a possibilidade

de transformação das representações acerca de dado objeto. Seu potencial nesse sentido em vez de reforçar fronteiras identitárias e conformar dada representação mais arraigada, por meio da ambiguidade que se instala, engendra elementos comuns de aproximação entre o eu (EGO) e o outro (ALTER).

Nesse sentido, as outras condutas relatadas, que serão apresentadas a seguir, sugerem uma abertura para a reformulação das práticas, dado o caráter potencialmente provocador do fenômeno dos sintomas vagos e difusos. Outro modo relatado pelos profissionais, de lidar com as usuárias SVD integrou a mesma racionalidade, mas agregou um recurso um pouco menos restrito. Tratava-se da investigação de aspectos vivenciais das usuárias apenas depois de comprovada a normalidade do quadro através de exames requeridos. Isso quer dizer que a abordagem iniciada era mais restrita, calcada na valorização da tecnologia dura (Franco et al., 2003) e em um segundo momento, a usuária passava a ser ouvida com o intuito de relacionar os sintomas a elementos de seu contexto.

Uma terceira prática relatada disse respeito ao investimento na formação de vínculo com um objetivo específico: o de fazer com que a usuária SVD falasse sobre a causa real de sua procura pelo serviço. Tendo o vínculo esse objetivo, podemos entendê-lo como constituído superficialmente, não por uma implicação do médico com a usuária, mas com a ideia de que ela omitia intencionalmente a causa de seu mal-estar. A partir dessa perspectiva, pode-se pensar que a usuária sabia o que ocorria com ela e que elaborava “desculpas” para ser atendida. Atitudes como a escuta e o acolhimento também foram citadas.

Quando o médico não conseguia formar um quadro de enfermidade com as diversas e inespecíficas queixas desferidas pelas usuárias SVD, vimos que acabava por se sentir impotente e acionava outros recursos para lidar com o caso. Muitas vezes, havia um enrijecimento da conduta que limitava a exploração mais ampla do sofrimento dessa usuária. Esse parecia ser um campo ainda estranho e delegado a outros profissionais. Mesmo que explicitassem se valer da escuta, da conversa e de outras atitudes que extrapolavam a clínica tradicional tal como definida por Campos (2003), diante dessas usuárias parecia haver uma resistência em acionar esses recursos.

Fonseca et al. (2008) localizam a dificuldade dos profissionais em lidar com este tipo de usuária na não compreensão dos códigos utilizados na expressão do sofrimento, na falta de capacitação adequada, no fato de os serviços e de os profissionais terem arraigado um modelo de atendimento que privilegia a abordagem das queixas somáticas imediatas, o direcionamento das políticas de saúde mental para casos considerados graves, bem como a ausência de procedimentos de cuidado e de acolhimento para usuárias SVD.

Vimos que muitos desses aspectos estiveram presentes nos discursos. Pelos motivos elencados, apropriar-se dos conceitos de humanização que definem a prática de uma Clínica ampliada (Campos, 2003), nem sempre garantia sua tradução no cotidiano. Como vimos no momento da observação, foram poucos os momentos de acolhimento e escuta efetiva dos usuários pelos médicos. Os usuários em geral eram considerados como parte de um grupo com características homogêneas e é possível que, ao pensarem na demanda geral, os médicos tivessem incluído a ela as usuárias SVD.

Na percepção dos profissionais, todos eram carentes e viviam em condições precárias, como vimos, moravam na mesma região e recorriam à Unidade. A assiduidade de usuários nos consultórios, com histórias sempre semelhantes, poderia conduzir a condutas “viciadas”, como uma médica mesmo nomeou. E essas condutas talvez se enrijecessem diante de usuárias SVD por serem elas consideradas distintas dos usuários em geral nos aspectos comportamentais que suscitavam afetos negativos.

Quanto aos homens SVD, vimos nos relatos que eles eram estranhados pelos médicos a partir de marcas como a dificuldade de atribuição de sintomas vagos e difusos ao gênero masculino. Por outro lado, a forma de os médicos falarem a respeito dos sintomas SVD dizia frequentemente respeito a palavras no masculino, mesmo sendo solicitado a eles que remetessem as argumentações a um caso de uma mulher SVD, apresentado na vinheta (vide Apêndice A). Isso pode indicar alguma coisa a respeito do gênero, como se o discurso dos profissionais fizesse questão de ignorar que questões de gênero estivessem presentes.

Algo que mereceu destaque na análise foi a questão em torno da adoção de medicamentos como recurso para tratar usuárias SVD. Duas perspectivas foram apontadas. Uma delas se referiu à eficácia terapêutica sintomática da medicação e a outra à eficácia terapêutica curativa (Saraceno et al., 2001). A concepção mais citada pelos profissionais foi a eficácia terapêutica sintomática que se relacionou ao potencial dos medicamentos na supressão dos sintomas difusos, na eliminação das dores e na mitigação do sofrimento. Vimos que os médicos não foram muito precisos ao avaliarem a eficácia da medicação. Antes de serem indagados diretamente sobre o uso dela nos casos de SVD, disseram valer-se de outros recursos para lidar com as usuárias SVD, no entanto, depois da pergunta direta argumentaram acreditar na eficácia da medicação para esses casos. De qualquer forma, a medicação pareceu se constituir como um recurso auxiliar na terapêutica dos casos, atuando em conjunto com outras ações.

Cabe apontar como algo curioso uma imagem que surgiu em relação aos psicofármacos: “santo remédio”. Nesse aspecto o psicofármaco assemelha-se aos antigos elixires, vendidos como uma espécie de poções mágicas. Esses também eram nomeados como “santo remédio” pela crença em sua eficácia miraculosa³ (Torres, 2012).

Sobre a utilização de psicofármacos Saraceno et al. (2001) ensinam-nos o quanto é útil ponderar sobre as intervenções farmacológicas, atribuindo a elas um lugar de recurso auxiliar de atuação limitada. Isso evita “ilusões de onipotência” e a inclui como mais um recurso em um plano de tratamento construído no qual a visada não está na eliminação ou no controle dos sintomas, mas no auxílio para uma mudança possível no curso do problema.

Nesse sentido, quando há valorização desse recurso na clínica médica constrói-se um obstáculo à relação médico-usuária SVD, porque acaba por silenciar a fala da usuária e criar uma relação de dependência. A mediação desses dois protagonistas se faz pela medicação, na busca pela promoção de saúde. A não utilização do diálogo, que suscita uma relação mais democrática e

³ Livros populares como os almanaques, propagavam no século XIX a miscelânea entre a medicina erudita e a popular. A coexistência desses dois modelos era traduzida pela divulgação dos elixires como fórmulas de felicidade e saúde, receitas e elaboradas por homens dotados de poderes quase divinos: os médicos. Nessas fórmulas eram eles que imprimiam sua assinatura, como no exemplo “Elixir antiflegmatic do Dr. Guillé” (Torres, 2012).

fomentadora de autonomia da usuária, torna a prática estereotipada e pouco resolutive (Bleger, 1998). As usuárias retornam inúmeras vezes assim, com diferentes queixas ou com queixas persistentes, sem conseguirem relacioná-las a aspectos de sua vida e por isso, alienadas em relação ao seu sofrimento. Acreditam que a solução está no uso de psicofármacos que oferecem a elas, enquanto duram, um alívio da dor. Então parece que a dependência da qual os médicos se queixavam era estimulada por eles próprios. Não se tratava de uma característica das usuárias, imanente a elas, mas de algo também produzido na relação entre médico e usuária.

Com essas afirmações, nos aproximamos de Guedes (2007) que em seu estudo avaliou o vínculo enfatizado pelos profissionais em se tratando de sofredores somáticos. Ela entende que mesmo que a importância da constituição desse vínculo seja defendida, ele se caracteriza como superficial, por estar calcado na negligência da fala que expressa o sofrimento da usuária e na mediação da relação realizada através de psicofármacos e sintomáticos.

CAPÍTULO 4

INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E ENTREVISTA

Finalizada a exposição da análise dos dois procedimentos utilizados: a observação participante e as entrevistas, entramos nas considerações finais sobre o trabalho desenvolvido. Foi possível verificar pontos convergentes e complementares entre os dois que serão aclarados ao longo desta síntese. Por ora, pontuamos que por vezes neste trabalho a importância do cuidado na constituição de uma relação entre médico e usuário com o privilégio do vínculo foi destacada.

Vimos que esse elemento compõe uma cadeia complexa de ações e de interações, envolvendo diferentes atores com papéis distintos em um serviço de saúde, denominada “ciclo de cuidado” (Pendleton et al., 2011). Ao pensarmos sob essa perspectiva podemos entender que as interações estabelecidas estão permeadas por inúmeras representações que operam na construção da realidade social dos grupos. Elas são o pensamento social em constante transformação que influenciam fortemente uma rede ativa de práticas.

Pudemos identificar que os diferentes grupos que coexistiam na Unidade de Saúde da Família pesquisada possuíam inserções sociais particulares. Foi constatada a presença de tensões entre eles e também de identificação, como apontado no capítulo sobre a observação participante. Ora o grupo de profissionais não-médicos se identificava com aquele de usuários, ora com aquele de médicos. Contudo, quando elegemos os dois grupos de maior relevância para este trabalho, médicos e usuários, observamos que os atributos conferidos aos primeiros eram distantes daqueles conferidos ao segundo grupo de teor menos favorável. Essa diferença de status social designa também, de acordo com Moscovici (2003), uma representação igualmente distinta da realidade partilhada por esses grupos. O julgamento de ambas as partes de critérios específicos obedecendo às categorias sociais às quais pertencem.

Essa diferença entre os grupos sobre a qual opera as representações sociais designa uma alteridade responsável, em muitos casos nesse trabalho, mais pelo distanciamento que pela aproximação. Foi o que constatamos nos dois momentos, ao verificar os elementos constituintes das interações entre médicos e todos os usuários estudados. Podemos supor que em certa medida os usuários em geral se aproximaram dos usuários SVD por serem identificados pelos profissionais como membros de uma categoria homogênea, pertencentes à mesma classe social.

Ratificamos essa constatação com as entrevistas, as quais revelaram imagens semelhantes relativas às usuárias SVD e àquelas identificadas por meio da observação utilizadas para definir os usuários em geral. As usuárias SVD foram reafirmadas como carentes, como dependentes, repetitivas, chatas e que queriam tirar proveito (elementos de objetivação), sendo assim poderiam ser identificadas pelas figuras (termos que trazem elementos de objetivação): “Meu posto, minha vida”; “Sócio da Unidade”; “Crônicos da Unidade”.

Com isso, ocorreu a primeira exclusão desse grupo por seus membros utilizarem erradamente os serviços. A partir dos dados obtidos, foi possível verificar que as práticas e percepções dos profissionais que lidavam diretamente com todos os usuários, ancoravam-se sobremaneira a determinantes sócio-culturais. As figuras invocadas pelos médicos tanto para a definição dos usuários em geral quanto das usuárias SVD remeteram a atributos de categorias sociais populares. Em certa medida, as práticas dirigidas a ambos os grupos se relacionaram a essa posição. Revelaram aspectos de autoritarismo, caracterizando relações polarizadas de submissão destes considerados como de categoria distinta, como vimos na observação participante.

Podemos entender essa relação do maior com o menor como uma relação entre *eu* e coisa sobre a qual devo agir. Embora tenha sido mencionada pelos profissionais a realidade difícil vivenciada pelos usuários, isso não garantiu a consideração deles como sujeitos legítimos. Jovchelovitch (1998) enuncia que isso decorre de uma desconsideração dos sujeitos como portadores de um projeto que lhes é próprio, o contrário lhes garantiria aceitação e reconhecimento. Nesse sentido, é possível falar de uma objetivação diferente que promove a

distinção do *outro* como aquele interlocutor legítimo com o qual se pode trocar, por possuir um saber e um projeto.

Assim, “a realidade social e a realidade do *eu* se entrelaçam, mas não se reduzem uma à outra” (Jovchelovitch, 1998, p. 75), definindo posições de dominação e submissão. O *eu* confronta a alteridade do social de maneira a assimilar as diversas perspectivas e de reconhecê-las como legítimas, tal qual a sua é, viabilizando a elas a liberdade de se expressar. Dessa forma, a autora sugere que a objetivação pode produzir contrarrepresentações. Aplicando ao nosso caso, essas representações viriam no sentido de não reduzir a objetividade do estado de pobreza dos usuários a uma implacável associação com a dependência e a vitimização.

Quando analisamos particularmente a relação entre médicos e usuárias SVD, verificamos que essa associação se comprovou. Houve uma diferenciação entre elas e os demais usuários em certos aspectos mas, nos nós de significância que os uniram, efeitos semelhantes foram observados. Embora as figuras de “poliqueixosa”, “caso difícil”, “cansativa”, entre outras construídas para identificá-las, na tentativa de apreensão e de reconhecimento desse fenômeno, ofertassem certa amenização da ansiedade no trato com as mesmas, a alteridade se fez presente como o resultado de um processo de exclusão social. Ela foi traduzida nas práticas sociais voltadas às usuárias SVD que induziram à dependência, ao mutismo e à desqualificação de seu sofrimento.

O ponto de distanciamento entre os usuários em geral e as usuárias SVD ocorreu quando da evocação da imagem de “quase-usuários”, identificada no capítulo sobre a observação participante. Essa condição lançou esse grupo em uma zona obscura - tendo como elemento de objetivação os sintomas vagos e difusos de origem psicológica obscura -, uma vez que seus membros não eram considerados doentes como os demais usuários, aqui ocorreu a segunda exclusão. A possível explicação para a discriminação realizada pelos médicos entre os dois grupos de usuários pode estar em Moscovici (2003). O autor nos ensina que existe um modelo prototípico no campo representacional que serve como parâmetro para acontecimentos ou comportamentos, considerados como

efeitos. Se o acontecimento ou comportamento observado não se adequar ao modelo preexistente, supõe-se que ele é aberrante ou singular.

Eles assim se tornaram algo anômalo por não se ajustarem às características do modelo mais prototípico de usuário. Se os usuários em geral eram “não-eu”, “não-nós” as usuárias SVD, tidas como “quase usuários” tornavam-se um elemento ainda mais estranho e ameaçador que mobilizava, por essa razão, desconcerto e inquietações. Tais afetos associavam-se a práticas normativas voltadas à manutenção da identidade do grupo de médicos, como aqueles detentores de saber, resolutivos em suas práticas cotidianas, orientados à cura e à mitigação da dor.

Ao mesmo tempo, quando esse grupo foi nomeado pelos termos antes enfatizados e outros como: “chata” e “cansativa”, “Meu posto, minha vida”, “sócio da Unidade”, “crônicos da Unidade”, “goiabinha”, a ele foram também dados atributos e esperou-se dele certos comportamentos. Houve um destacamento dele em relação às outras pessoas e por fim, ele se tornou objeto de uma convenção partilhada entre os profissionais. Resultados esses obtidos, conforme Moscovici (2003), por meio da nomeação de um objeto ainda não familiar. A nomeação permite representar uma realidade de difícil apreensão.

Há certamente uma dependência em relação à memória quando entendemos que o sistema de significados preexistente foi formado a partir de experiências e interações pregressas. Ela nos oferece imagens, linguagem e gestos que servem à superação do não-familiar e da ansiedade que o acompanha. Os processos implicados referem-se à ancoragem e à objetivação. O primeiro deles é responsável por manter a dinamicidade da memória, uma vez que ela não é inerte, classificando e ajustando acontecimentos e pessoas. Ainda se trata de uma operação relacionada a uma “atitude social”. O segundo extrai dela conceitos e imagens, organizando-os para uma orientação prática. Dessa forma, realiza-se algo conhecido tomando como referência o que já foi vivenciado (Moscovici, 2003).

Com isso, queremos reafirmar duas questões: a de que as representações sociais acerca de usuárias SVD se relacionaram àquelas relativas aos usuários em geral e a de que elementos representacionais mais arraigados associados à

formação dos profissionais, à concepção de saúde e doença, à noção de doente, à ideia sobre classes populares, a questões de gênero e ao exercício secular da clínica tradicional orientaram, na maior parte do tempo, as práticas sociais desenvolvidas na USF pesquisada e garantiram a sua manutenção. Afirmamos isso sem perder de vista todos os outros aspectos que atravessaram a relação entre médico e usuário como o ideológico, o identitário, o institucional, por exemplo. Com a contribuição de Sá (1993), compreendemos que as representações já existentes podem funcionar como um sistema capaz de acolher novas representações.

Moscovici (2003) afirma que, se classificamos pessoas e coisas a partir de protótipos preexistentes, então nossa percepção tende a selecionar as características mais próximas ao protótipo quando diante de circunstâncias que envolvam objetos que as evoquem. Cabe, de acordo com o autor, atermo-nos à característica não-familiar absorvida por uma representação e que a motivou. Assim podemos caminhar rumo à compreensão das atitudes e práticas voltadas às usuárias SVD. Certa dissonância foi identificada nesse sentido entre o conteúdo observado durante as consultas e as condutas relatadas nas entrevistas.

Na observação participante detectamos práticas tais como: negligência de falas, interrupções constantes, desvios frequentes do olhar, repreensões, evitação de exploração das queixas emocionais, certa hostilidade, o artifício do aconselhamento breve no sentido de prescrever comportamentos e não de construir alternativas em conjunto, encaminhamento para especialistas diversos, utilização de psicofármacos, escuta seletiva, autoritarismo, infantilização, dúvida quanto à veracidade dos sintomas apresentados, desqualificação do sofrimento e perseguição de sintomas específicos que contribuíssem para a composição de um quadro nosológico.

Para lidar com essas usuárias e obter o controle da situação, restava aos profissionais resgatar da memória representações diversas sobre diferentes objetos. Elementos mais fortes, de maior saliência se relacionaram às concepções: de doença, de usuário em geral e de doente, de classes populares e

da clínica tradicional. A seleção, portanto, de aspectos relativos a esses objetos orientou a maior parte das condutas.

Ao comparar os sintomas que usuárias SVD manifestaram aos convencionais relativos a uma doença com lesão ou distúrbio, os profissionais perseguiram estritamente sinais e sintomas relacionados à sua concepção de doença, valendo-se de escuta seletiva e desconsiderando os sintomas relatados como uma forma de sofrimento. Os procedimentos realizados eram a solicitação de exames, a prescrição medicamentosa, bem como diversas “orientações em saúde” (alimentação, exercícios, etc.) permeadas, mais ou menos fortemente, com “orientações socionormativas” (como deve ser uma família, por exemplo) e com coerção (imposição de autoridade). Esses procedimentos foram também mencionados nas entrevistas como estratégias para lidar com esses casos.

Quando diante dos resultados dos exames, sendo esses prova da “normalidade” da usuária, os médicos negavam a imagem de doente e afastavam-na também, daquela de usuário em geral. Vemos que na comparação com o paradigma estocado na memória o objeto representado, como explica Sá (1993), não pôde ser incluído nas classes de usuário em geral, tampouco de doente. A tendência mesmo de nossa cognição é a de procurar uma definição no sentido de enquadrar coisas ou pessoas na categoria de normalidade ou desviante da norma (Moscovici, 2003). É nesse sentido que o autor afirma que o pensamento social é tributário mais da convenção e da memória que da razão.

Já por meio dos relatos, as práticas identificadas se diferenciaram daquelas observadas nos consultórios, representadas pelos Temas: investimento na formação de vínculo, adoção de procedimentos técnicos de investigação, tangenciamento de aspectos vivenciais da usuária, adoção de estratégias como a escuta e o acolhimento e a prescrição de psicofármacos.

Vimos que as práticas descritas nas entrevistas mais próximas àquelas observadas foram a adoção de procedimentos técnicos de investigação e a prescrição de psicofármacos, na maior parte dos casos. Os procedimentos chegavam, muitas vezes, a assumir uma forma repetitiva, como foi inclusive verbalizado pela médica Amanda na entrevista, quando qualificou a prática de “viciada”. Segundo Moscovici (2003) são os protótipos os responsáveis por

favorecer esse tipo de conduta, uma vez que facilitam a gestão do cotidiano antecipando decisões e agilizando o acesso a opiniões já conhecidas.

Não podemos deixar de mencionar que concorre para os processos formativos também o aspecto afetivo. Ele pode funcionar como aquele que “nos sacode e nos coloca em um outro estado de ser que nos empurra para a ação. Ou nos revela um mundo inesperado que é preciso elaborar” (Arruda, 2009, p.88). No caso dos usuários em geral, por exemplo, a impaciência, presente durante a interação entre esse grupo e os médicos relacionava-se mais ao caráter estereotipado da clínica tradicional, em que a entrevista assume as vestes de interrogatório com parâmetros e ritmos próprios, que à dificuldade em elaborar um diagnóstico familiar. A mobilização afetiva aqui motivou uma ação padrão, uma vez que nada de novo havia sido apresentado. O indivíduo nada mais era que um objeto de ação.

Em relação às usuárias SVD esse aspecto assumiu outra configuração. A usuária SVD parecia se transfigurar em um objeto perturbador, responsável pela mobilização de processos formativos na tentativa de encontrar maneiras de lidar com ela, como observado e identificado também nas entrevistas. Ela era percebida como algo inusitado. As consultas tendo essa usuária como foco foram responsáveis por suscitar nos médicos: agitação emocional, incômodo, impaciência e enfastiamento. Todo o mal-estar latente se deveu ao fato da presença de uma ameaça. Houve provavelmente, certo receio de perder marcos referenciais que propiciavam um sentido, uma compreensão entre os pares. Esse objeto inusitado ameaça uma ordem já estabelecida e por isso chega a ser rejeitado. Ele é atípico e, por isso, causa apreensão por requerer padrões de reação diferentes do usual. O resultado é uma sensação de que há algo incompleto e aleatório (Moscovici, 2003).

A dificuldade vivenciada pelos profissionais no manejo dos atendimentos às usuárias SVD ficou clara tanto na observação participante, quanto nas entrevistas. O que foi observado em termos de desconforto durante as consultas tomou forma e se tornou ainda mais evidente nas verbalizações dos médicos que mencionaram serem as usuárias SVD um caso pendente, algo que não era facilmente solucionado e que por isso, retornava inúmeras vezes com a mesma

roupagem. Contribuiu para isso também a imprecisão dos profissionais na atribuição de explicações para o comportamento das usuárias SVD.

Eles recorreram ora a elementos do universo consensual, ora do universo reificado, ora de ambas instâncias na tentativa de encontrar uma gênese ou justificativa para a forma de manifestação do fenômeno dos sintomas vagos e difusos. Os núcleos temáticos que reuniram os elementos semânticos a respeito foram: a demanda emergente é diferente da demanda real, presença de transtornos psicológicos, demanda de origem emocional, demanda de origem relacional e dúvida quanto à veracidade dos sintomas relatados. Esses núcleos estabelecem forte relação com aqueles encontrados na observação participante em torno do mesmo objeto: Tema 27: os médicos apresentavam tendência a duvidar da veracidade dos sintomas que a usuária SVD manifestava; Tema 30: a percepção dos médicos de que os usuários queixavam-se desproporcionalmente e sem razão; Tema 32: os sintomas vagos e difusos eram associados pelos médicos a transtornos psicológicos.

O desconforto parecia ser amenizado com a elaboração do objeto. Moscovici (2003) nos ensina que as sensações negativas vivenciadas diante do objeto referido podem ser transformadas quando são compartilhadas as representações em relação a ele. Elas tendem a criar aglomerados de estabilidade e de repetição, conforme pontua o autor, que compõem um núcleo comum de significância entre os membros de um mesmo grupo. Isso garante a existência da vida social. Por circularem entre os participantes do grupo imagens e ideias vistas como certas e legítimas, há satisfação da necessidade de comunicação e conseqüentemente a coesão, consolidação e manutenção deste grupo. Assim, um dos papéis das representações sociais é o de atenuar as incongruências, reuni-las em um lugar comum com o objetivo de harmonizar a confusão. A partir disso, ocorre o encontro de aspectos distintos por meio de uma orientação (Moscovici, 1961/2012).

Conceber as usuárias SVD que se apresentam como um objeto deveras assustador e mobilizador de ansiedade a partir das figuras elencadas em momentos anteriores, parece ser um fator de promoção de harmonia no campo representacional (Moscovici, 1961/2012). Elegendo essas figuras, os profissionais

partilhavam conteúdos entre si correlatos e sustentavam práticas habituais que serviam à dinâmica do trabalho que exerciam na USF. Mesmo porque como observado, não havia protocolos específicos voltados para o atendimento a essas usuárias, algo que possivelmente intensificava o incômodo e suscitava a necessidade de improvisação.

Afirma Moscovici (2003) que as representações podem ser consideradas entidades sociais. Elas possuem vida própria e dinamicidade, sendo transformadas na cadência da história. Elas coexistem e permeiam todas as esferas da vida social, uma delas pode se sobrepor às demais pela necessidade de certa ordem e coerência da sociedade. Se houver, contudo, uma alternância de hierarquia ou mesmo se uma imagem-ideia sofrer ameaça de extinguir, toda a rede de significados se prejudicará. Isso porque uma vez propagada a representação e aceita, ela se torna parte integrante dos membros da sociedade, impactando diretamente nas interações sociais, na forma de julgamento, na inserção social e na formulação de valores. Por essa razão, podemos imaginar o quanto se torna difícil abrir mão de teorias e condutas já conhecidas e habituais. A hegemonia na prática médica de elementos de um paradigma biomédico acaba por dificultar a assimilação e transposição para a prática de conceitos e técnicas relativos a um modelo psicossocial.

O contexto investigado revelou a pouca utilização de recursos ofertados pelo modelo psicossocial e pela proposta de Clínica ampliada. Em alguns momentos, foram mencionadas condutas próximas a esses dispositivos de saúde. Na observação participante, destacaram-se em certa medida, os seguintes aspectos: a responsividade ao conteúdo demandado pelo usuário, o compromisso com o seu direito à informação quanto ao potencial dos serviços e a consideração de aspectos relacionais concernentes à vida do usuário.

Nas entrevistas foram mencionados recursos clínicos que se afinavam à Clínica ampliada como atitudes psicoterapêuticas de escuta, de formação de vínculo, de acolhimento e de exploração das vivências dos usuários. Contudo, eram considerados menos como técnicas e mais como condutas não-estruturadas geradoras de insegurança que, muitas vezes, resultavam nos procedimentos de medicalização e de encaminhamento, além da elaboração de hipóteses de

patologias psiquiátricas em se tratando de usuários SVD. Guedes (2007) corrobora essas constatações quando afirma que não é habitual o interesse de profissionais de medicina por saberes que ultrapassem o campo biomédico. Eles se voltam mais à resolução de problemas de sua rotina se relacionados às bases de sua formação.

Assim, como nos ensina Moscovici (2003), vemos que a realidade é predeterminada por convenções e elas são responsáveis pela definição de suas fronteiras. Ela ampara as decisões, conduz a seleção de informações e opera na classificação e ordenação de elementos do mundo. Nosso sistema está condicionado previamente sofrendo forte pressão das representações e da cultura. Podemos depreender dessa afirmação que a função da representação é dirigida ao social, porque ela contribui para os processos de gênese das condutas e daqueles que norteiam as comunicações sociais (Moscovici, 1961/2012).

Quando falamos em usuário do sexo masculino com sintomas vagos e difusos observamos algumas diferenças em relação às usuárias de sexo feminino com a mesma manifestação. Durante a observação participante, apenas dois atendimentos foram acompanhados e a partir deles identificamos que a escassez da fixação do olhar do médico no usuário se evidenciou. As duas profissionais, diante dos homens atendidos, apresentaram gestos mais contidos e desviavam o olhar com mais frequência que diante das usuárias SVD.

As interrupções, como nos demais atendimentos, fizeram-se presentes e a utilização de diminutivos também. Algo que se destacou foi o fato de a médica Bruna negar a gênese dos sintomas do homem atendido como sendo emocional. Esse fato torna-se curioso na medida em que na entrevista parecia natural associar o fator emocional à causa dos sintomas nas mulheres. Nos homens, isso assumiu um caráter de estranhamento. Não poderia ser emocional e se era assim o caso se relacionava a algum transtorno psiquiátrico. Nas entrevistas, não podemos dizer que os médicos foram precisos nas argumentações.

Afirmaram que essas manifestações em homens eram raras, mas que havia possibilidade de esses padecerem delas sob uma roupagem distinta a das mulheres. Por não se queixarem muito e serem mais objetivos quando procuravam os profissionais, estes não se empenhavam em questionar sobre

possíveis sintomas, respondendo estritamente à demanda explicitada pelo usuário. Assim, afirmavam tratar esses homens como tratavam os demais usuários. Pela comparação dos dados da observação com aqueles da entrevista, podemos inferir que as práticas voltadas a esses homens SVD eram ainda mais estereotipadas, porque seguiam um padrão habitual, uma vez que o homem pouco verbalizava a respeito do que sentia, tornando mais forte a tendência à prescrição direta de medicação.

As práticas de caráter autoritário, centradas no médico, que privilegiam prescrições medicamentosas e de exames, referem-se, como afirmado durante todo o trabalho, a uma racionalidade biologicista, que constituiu a centralidade das condutas voltadas a todos os usuários e em especial às usuárias SVD. Como verificamos anteriormente, quando surgiam circunstâncias que não podiam ser atendidas por esse modelo, havia instauração de resistência e temor, provocando desequilíbrio e a necessidade de proteção identitária. A dificuldade então, no atendimento a essas usuárias, relacionou-se ao entendimento de que, para atendê-las, era necessário superar as fronteiras de um paradigma arraigado que serviu secularmente à profissão médica na condução e manejo de casos.

Nesse sentido, os sofredores somáticos apresentam sintomas que revelam seu caráter contestador e desafiador da ordem, neste caso da ordem médica. O sofrimento por eles manifestado por meio dos sintomas vagos e difusos evidencia um protesto em relação a aspectos psicossociais e seu descontentamento com as condições de vida. Por essa razão, tais manifestações talvez devam ser compreendidas de maneira mais ampla, ultrapassando uma questão meramente individual porque revelam uma realidade social e política. Uma vez que, como nos ensina Campos (2013), “cada indivíduo, ou grupo, lida com as pressões sociais e familiares de maneira distinta, reelaborando os determinismos que nunca serão molde perfeito a fabricar seres uniformes em série” (p. 94). Ao se recorrer à medicalização para lidar com esses usuários, há um mascaramento da angústia, a alienação do sujeito de seu estado de mal-estar, o silenciamento do germe de sua autonomia e a tentativa de serialização dos modos de vida.

Vimos que os fatores destacados foram contemplados nos atendimentos, posto que a relação entre médico e usuária SVD foi marcada pela presença da

infantilização, da normatividade, da diretividade e da desqualificação do sofrimento e do saber. Nesse sentido destacamos os seguintes elementos de objetivação: crianças, dependentes, ignorantes, querem tirar proveito, carentes, chatas, repetitivas e sintomas de causas psicológicas obscuras. Tais elementos associam-se aos elementos de ancoragem sobre os quais as representações eram aportadas: clínica tradicional, classes populares e gênero.

Os médicos assumiam uma postura correlata a um modelo cujo centro era ele próprio e não a usuária. Tais atitudes e práticas tinham como consequência o mutismo, a submissão e o aumento da dependência da usuária SVD aos procedimentos médicos. A partir da configuração dessa relação estabelecida vemos que o profissional de medicina é o detentor do poder, sendo essa situação mais uma evidência do modo de funcionamento da sociedade e das relações de poder que ela comporta e suporta.

O médico é quem possui todo o conhecimento capaz de aplacar a dor e conduzir à cura. Segundo Moscovici (1961/2012), quem detém a ciência é considerado o competente, o perito e aquele que domina, por isso não pode ser somente emissor de um saber, mas o incorpora e por outro lado aquele que com ele se relaciona é visto não apenas como receptor, mas como inexperiente. Por essa razão, a dependência é cultivada em relação ao grupo que se identifica com a ciência e se responsabiliza pela sua reputação.

Se são hegemônicas as práticas autoritárias, vemos que o trabalho na Unidade encontra alguns obstáculos à implementação de um modelo democrático de saúde como o preconizado pelo SUS, com diretrizes definidas em diversos documentos (por exemplo, Brasil, 2004; Brasil, 2009). A rotina das equipes de saúde da família deve se voltar para a construção de alternativas que insiram os usuários no processo de cuidado de sua saúde. É necessário que se fomente, nas instituições, a participação ativa da população atendida, na elaboração de um projeto assistencial comum. O elemento norteador deve ser o compromisso da promoção da saúde com a facilitação da reflexão e autonomia dos indivíduos. Isso se torna possível por meio da abertura de espaços coletivos de diálogo e do exercício de práticas mais democráticas no campo da saúde (WHO, 1984).

Uma gestão calcada em uma concepção gerencial preocupa-se mais com os fluxos e com as metas a serem atingidas que com o acolhimento do sofrimento dos indivíduos e a viabilização de espaços de reflexão coletivos, tanto de profissionais quanto destes com usuários. As instituições privilegiam o controle da autonomia e visam com isso aproximar os indivíduos à condição de objetos. Cooperar para essa manobra a subtração do coeficiente do poder da maioria para o redirecionamento deste a grupos dominantes, minoria (Campos, 2013).

No contexto investigado, claramente o grupo dominante era o de médicos ou mesmo de membros da equipe de saúde quando comparados ao grupo de usuários. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a reafirmação da importância de espaços de troca passa pelo seu reconhecimento enquanto lugares de encontro dos profissionais entre si e deles com os usuários (WHO, 1984). Nesses lugares materialmente produzidos e simbolicamente também, há possibilidade de identificação desses protagonistas e a consequente constituição de uma parceria entre eles na luta pela garantia da saúde como um direito de cidadania e não como favor ou caridade. Desse modo, as relações normativas instituídas talvez possam ser superadas e por meio da revisão e reatualização de práticas sociais seja possível ultrapassar as barreiras que definem a fronteira entre diferentes grupos inseridos em um mesmo contexto.

Nesse sentido, propomos intervenção grupal junto aos usuários SVD nas USF, como estratégia potente na garantia de um espaço de fala a estes, de maneira tanto a tratar os sintomas que manifestam quanto a empoderá-los para agir em sua realidade social. Encerramos o estudo certos de que o debate acerca de representações e práticas sociais relativas aos sofredores somáticos não foi esgotado nas páginas descritas. Esperamos ter contribuído para a reflexão de manejos terapêuticos que tenham como meta promover aos usuários que recorrem aos serviços públicos de saúde brasileiros, qualidade de vida e cidadania.

5. REFERENCIAS

- Abric, J. C. (1994). Pratiques sociales, représentations sociales. In J. C. Abric (Org.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 217-238). Paris: PUF.
- Almeida, E. S. de, Castro, C. G. J. de, Vieira, C. A. L. (1998). O conceito de saúde e do processo saúde-doença. In E. Sampaio, *Distritos Sanitários: concepção e organização*, 1, (pp. 11-13). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Série Saúde & Cidadania).
- Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S., & Trindade, Z. A. (2000). Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. *Temas em Psicologia da SBP*, 8(3), 257-267.
- American Psychiatric Association – APA – (1995). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- Arruda, A. (1998). O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro. In A. Arruda (Org.), D. Jodelet, S. Jovchelovitch, G. Duveen, H. Joffe, N. Morant, D. Rose, & P. Guareschi, *Representando a alteridade*, (pp. 17-46). Petrópolis: Vozes.
- Arruda, A. (2005). Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, S. M. & Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*, (pp. 229-258). João Pessoa: UFBP/ Ed. Universitária.
- Arruda, A. (2009). Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In A. M. de O. Almeida & D. Jodelet (Orgs.), *Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*, (pp. 83-102). Brasília, DF: Thesaurus.
- Balint, M. (1984). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Bedrikow, R., & Campos, G. W. de S. (2011). Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(6), 610-613.

- Bleger, J. (1998). A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In J. Bleger, *Temas de psicologia: entrevista e grupos*, (pp. 8-41). (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bombana, J. A. (2000). Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos. *Psiquiatria na Prática Médica*, 33(1), 17-19.
- Bombana, J. A. (2006). Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 308-312.
- Bonomo, M., Souza, L. de, Menandro, M. C. S., & Trindade, Z. A. (2011). Das categorias aos grupos sociais: representações sociais dos grupos urbano e rural. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31 (4), 676-689.
- Brandão, J. de S. (1995). *Mitologia grega*. (V. II). Petrópolis: Vozes.
- Brasil. Presidência da República. Manual de redação da Presidência da República (2002).
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2004). *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico* (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2009). *Clínica ampliada e compartilhada* (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brum, E. (2012, Setembro 10). Doutor advogado e Doutor médico: até quando?. *Revista Época*.
- Campos, G. W. de S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. de S., & Amaral, M. A. do (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859.

- Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Campos, G. W. S., Gutiérrez, A. C., Guerrero, A. V. P., & Cunha, G. T. (2008). Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In G. W. S. Campos & A. V. P. Guerrero (Orgs.), *Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada*, (pp. 132-153). São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2011). A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3033-3040.
- Campos, G. W. S. (2013). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, G. (1995). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária.
- Caponi, S. (2003). A saúde como abertura ao risco. In D Czeresnia & C Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, (pp. 55-78). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 529-549.
- Carvalho, J. G. S., & Arruda, A. (2008). Teoria das representações sociais e história: um diálogo necessário. *Paidéia*, 18(41), 445-456.
- Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). *Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*.
- Chauí, M. (1980). *O que é ideologia*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense.
- Dantas, J. B. (2009). Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Revista de Psicologia*, 21(3), 563-580.
- Dejours, C. (1984). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54, 7-11.
- Favoreto, A. O. (2007). *A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade*

e ao cuidado em saúde (Tese de doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Fernandes, J. C. L. (1993). A Quem interessa a Relação Médico Paciente? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1), 21-27.

Fernandes, A. T. (1995). Etnização e racização no processo de exclusão social. *Revista da Faculdade de letras*, 5, 7-67.

Fonseca, M. L. G., Guimarães, M. B. L. & Vasconcelos, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista APS*, 11(3), 285-294.

Fortes, S., Villano, L. A. B., & Lopes, C. S. (2008). Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 32-37.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2003). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães, J. Rinoli, T. Franco, & W. S. Bueno, *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec.

Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (2003). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães, J. Rinoli, T. Franco, & W. S. Bueno, *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5ª. ed.). São Paulo: Atlas.

Guedes, C. R. (2007). *A subjetividade como anomalia: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina* (Tese de doutorado em Saúde Coletiva não publicada). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr., K. R. de (2008). Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1).

- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B., & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995.
- Gutierrez, P. R., & Oberdiek, H. L. (2001). Concepções sobre a saúde e a doença. In S. M. de Andrade, D. A. Soares, & L. Cordoni-Junior, *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL.
- Heimann, L. S., & Mendonça, M. H. (2005). A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In N. T. Lima (Org.), *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*, (pp. 481-502). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Helman, C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença*. (2ª. Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Howarth, C. (2006). A social representation profissionais not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *British journal of Social Psychology*, 45(1), 65-86.
- Jodelet, D. (1985). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In S. Moscovici, *Psicología Social*, (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1998). A alteridade como produto e processo psicossocial. In A. Arruda (Org.), D. Jodelet, S. Jovchelovitch, G. Duveen, H. Joffe, N. Morant, D. Rose, & P. Guareschi, *Representando a alteridade*, (pp. 47-67). Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jovchelovitch, S. (1994). Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In S. Jovchelovitch & P. Guareschi (Orgs.), *Textos em Representações Sociais*, (pp. 63-85). Petrópolis: Vozes.
- Jovchelovitch, S. (1998). Para um entendimento da alteridade na Teoria das representações sociais. In A. Arruda (Org.), D. Jodelet, S. Jovchelovitch, G. Duveen, H. Joffe, N. Morant, D. Rose, & P. Guareschi, *Representando a alteridade*, (pp. 69-82). Petrópolis: Vozes.
- Jovchelovitch, S. (2004). Psicologia social, saber, comunidade e cultura. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 20-31.

- Katon, W., Ries, R. K., & Kleinman, A. (1984). The Prevalence of Somatization in Primary Care. *Comprehensive Psychiatry*, 25(2), 208-215.
- Lazzaro, C. D. S. & Ávila, L. A. (2004). Somatização na prática médica. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 11(2).
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. L. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648.
- Matta, G. C. (Org.) (2008). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV.
- Merhy, E. (2009). A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. *Lugar Comum Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*, 14(27), 283-308.
- Minayo, M. C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa*. (8ª. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Moffatt, A. (1986). *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da Psiquiatria popular*. (6ª. ed.) São Paulo: Cortez Editora.
- Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici, *Investigação em Psicologia Social*, (pp. 29-109). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais. Investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (1961/2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Öhman, A. (2008). Fear and anxiety. Overlaps and dissociations. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barret (Orgs.), *Handbook of emotions*, (3 ed., pp. 709-729). New York: Guilford Press.
- Oliveira, R. C. (2000). *O trabalho do antropólogo*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP.

- Oliveira, A. G. B., Vieira, M. A. M., & Andrade, S. de M. R. (2006). *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo: Olho d'água.
- Olivier de Sardan, J. P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empirique de l'interpretation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant.
- Organização Mundial de Saúde – OMS – (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID-10* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., & Havelock, P. (2011). *A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente*. Porto Alegre: Artmed.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In A. S. P. Moreira, & D. C. de Oliveira, *Estudos interdisciplinares de Representação Social*, (pp. 39-46). Goiânia: AB.
- Rozemberg, B. (1994). O consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, 28(4), 300-308.
- Sá, C. P. de (1993). Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In M. J. Spink, *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*, (pp. 19-45). São Paulo: Brasiliense.
- Sá, C. P. de (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Sampaio, A. C., & Silva, M. R. F. da (2010). Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. *Revista Bioética*, 18(2), 451-468.
- Sampaio, A. C., (2010). *Qualidade dos prontuários médicos como reflexo das relações médico-usuário em cinco hospitais do Recife/PE* (Tese de doutorado em Saúde Pública). Saraceno, B., Asioli, F., & Tognoni, G. (2001). *Manual de saúde mental*.(3ª. Ed). São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, B., Asioli, F., & Tognoni, G. (2001). *Manual de saúde mental*.(3ª. Ed). São Paulo: Hucitec.
- Silveira, M. L. da (2000). *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Souza, L. G. S., & Menandro, M. C. S. (2011). Atenção Primária à Saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 517-539.
- Souza, L. G. S. (2012). *Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo* (Tese de doutorado em Psicologia Social não publicada). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., Couto, L. L. M., Schimith, P. B., & Lima, R. P. (2012). Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1022-1034.
- Tajfel, H. (1963). Stereotypes. *Race & Class*, 5, 3-14.
- Tajfel, H. (1982). Grupos humanos e categorias sociais II [Categorização Social, Identidade Social e Comparação Social] (pp. 289-303). Lisboa: Livros Horizonte.
- Tesser, C. D. (1999). *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização* (Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Tófoli, L. F. , Andrade, L. H., & Fortes, S. (2011). Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), 59-69.
- Torres, T. M. (2012). *Poética de almanaque: paidéia tecedora do sublime* (Tese de doutorado em Letras). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Trindade, Z. A. (1998). Reflexão sobre o estatuto das práticas na Teoria das Representações Sociais. Textos para discussão. Anais. *Simpósio internacional sobre representações sociais: questões epistemológicas*, 1, 18-28. Natal: UFRN
- Valla, V. V. (2001). Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In E. M. Vasconcelos (Org.), *A saúde nas palavras e nos gestos*, (pp. 39-62). São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2001). A proposta de *empowerment* e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 65, 5-53.

Vasconcelos, C. M., & Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In G. W. Campos, M. C. Minayo, M. Akerman, M. D. Junior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva*, (pp. 531-562). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

WHO (World Health Organization) (1946). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Genebra.

WHO (World Health Organization) (2008). Relatório Mundial de Saúde: cuidados de saúde primários agora mais que nunca. World Health Report.

WHO (World Health Organization) (1984). A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion. In World Health Organization (2009), *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*, (pp. 29-32).

6.2. Apêndice B – Ficha de observação para o registro da interação médico-usuário.

Dr(a).:

Data da observação:

Já é usuário? () Sim () Não

Sexo do usuário:

Idade aprox.:

Queixa:

Horário: Início:

Término:

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM	NÃO
MOMENTO INICIAL		
Levanta-se para receber o usuário?		
O cumprimenta?		
Como?		
É amável? () sorri () é empática		
DURANTE A CONSULTA		
Infantiliza o usuário? () tom maternal () pedagógico () usa diminutivos:		
É autoritário?		
A) postura rígida		
B) olhar austero () sereno () inquisidor ()		
C) tom de voz alto () impositivo ()		
Inclina-se na direção do usuário?		
Permite que ele fale? () olhar atento () balança a cabeça () diz uhum (outro:)		
Olhar fixo no. :		
Desvio do olhar no.:		
Situação?		
Quantas vezes interrompe o paciente:		
A) agitação emocional?		
B) tensão muscular?		
Distância corporal mantida em relação ao usuário (em m e posição, diagrama):		
Atendimento:		
Exame físico:		
Toca o usuário? Vezes:		
A) em que circunstâncias?		
Ações durante o silêncio:		
Usuário:		
Profissional:		
Afeto (raiva, medo, desconforto...)		
Expressões faciais:		
FINAL DA CONSULTA		
Despede-se do usuário?		
A) como?		
TEMPO DE CONSULTA		

6.3. *Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários e profissionais da Unidade*



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Representações e práticas sociais de saúde na Atenção Primária.

Pesquisadora Responsável: Renata Goltara Liboni Vescovi, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza e da coorientadora Profa. Dra. Zeidi Araújo Trindade.

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (27) 8839-9818 / (27) 3315-8850.

Trata-se de uma pesquisa sobre as práticas médicas no contexto da Atenção Primária à Saúde, visando à compreensão de como as percepções que estes elaboram sobre os usuários, podem influenciá-los no cuidado prestado a eles. Os recursos utilizados para a investigação serão: observação participante e realização de entrevistas com médicos e usuários.

Não há riscos envolvidos ou despesas, uma vez que as questões do roteiro de entrevista convidam o participante apenas a relatar suas experiências no serviço de saúde, evitando a exploração de temas mobilizadores de sentimentos negativos. O benefícios previstos serão:

- a) contribuir com o desenvolvimento de manejos terapêuticos mais adequados e abrangentes visando à promoção de qualidade de vida dos usuários;
- b) suscitar a discussão de aspectos teóricos com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o fenômeno;
- c) facilitar a construção do conhecimento acerca do fenômeno.

Os dados da entrevista são confidenciais, sendo analisados apenas pelos pesquisadores e sem identificação dos participantes. Para garantir maior eficácia na análise de dados, solicitamos a autorização para gravação do áudio. Os dados da pesquisa podem vir a ser publicados e divulgados, garantindo o anonimato dos participantes. O participante obterá, sempre que desejar, esclarecimentos sobre o estudo. A participação no estudo não incorrerá em risco a saúde física e mental. A qualquer momento é possível recusar a participação, sem que isso ocasione prejuízos ou qualquer penalidade.

Renata Goltara Liboni Vescovi (pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Renata Goltara Liboni Vescovi sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Vitória, de _____ de 2013

Telefone de contato:

Assinatura do sujeito

Endereço do responsável pela pesquisa: Instituição: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Endereço: Av. Fernando Ferrari, n. 514, Goiabeiras, Vitória, ES. CEP 29075-910. Telefone para contato: (27) 4009-2501

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do pelo telefone 4009-7840 ou pelo email cep.goiabeiras@gmail.com

6.4. Apêndice D – Lista de Temas identificados a partir da observação participante.

- Tema 1: A comunicação estabelecida entre Unidade e usuários apresentava deficiências.
- Tema 2: O acolhimento inicial dos usuários era dificultado por barreiras físicas e de gestão técnico-operacional.
- Tema 3: estabeleciam-se relações que desfavoreciam o empoderamento dos usuários.
- Tema 4: realizavam-se julgamentos de valor a respeito dos comportamentos dos usuários, julgamentos que orientavam condutas.
- Tema 5: profissionais não-médicos percebiam que a recepção não era lugar para o exercício do acolhimento.
- Tema 6: profissionais não-médicos assumiam condutas diferenciadas junto aos usuários, favorecendo aqueles com os quais julgavam compartilhar um grupo de pertença.
- Tema 7: a falta de acolhimento do usuário ao longo da cadeia de interações entre estes e os profissionais não-médicos.
- Tema 8: profissionais não-médicos podiam identificar-se com usuários, em certas situações, em contraposição ao grupo de médicos.
- Tema 9: profissionais não-médicos e médicos desentendiam-se quanto a procedimentos-padrão.
- Tema 10: profissionais não-médicos percebiam certos usuários como “barraqueiros” e “sem-noção” porque, segundo sua percepção, se queixavam desproporcionalmente e sem motivo.
- Tema 11: na percepção dos médicos e na organização espacial da Unidade, os usuários apareciam como categoria distinta.
- Tema 12: profissionais não-médicos e usuários construía e mantinham práticas que posicionavam médicos em lugar hierarquicamente superior aos demais profissionais não-médicos.
- Tema 13: a presença de tensão (desconfiança e hostilidade) entre profissionais não-médicos e médicos.
- Tema 14: a presença de tensão (desconfiança e hostilidade) entre usuários e médicos.
- Tema 15: frente a possíveis usuáias SVD, profissionais não-médicos manifestavam comportamentos de evitação, procurando impedir ou encurtar o contato.
- Tema 16: frente a possíveis usuáias SVD, profissionais não-médicos manifestavam afetos negativos como impaciência e enfado.
- Tema 17: operacionalmente havia o privilégio de ações voltadas a atendimentos nos consultórios.
- Tema 18: os médicos manifestavam descontentamento em relação à gestão da USF.
- Tema 19: os médicos não percebiam incentivo, por parte da direção, a práticas de cogestão.

- Tema 20: os médicos mantinham uma conduta restrita ao modelo de palestra, calcada na transmissão do saber daquele que o detém aos que são destituídos dele.
- Tema 21: os médicos reproduziam um modelo clínico hegemônico por não abrirem um espaço de escuta e de manejo das dificuldades enfrentadas pelos usuários.
- Tema 22: na percepção dos profissionais médicos, os usuários em geral eram definidos pelas imagens de “tadinhos” e “ignorantes”.
- Tema 23: a entrevista clínica realizada pelos médicos assumia a forma de um interrogatório.
- Tema 24: os médicos exibiam comportamentos que infantilizavam o usuário.
- Tema 25: os médicos nutriam durante os atendimentos tons maternal e pedagógico.
- Tema 26: os médicos apresentavam agitação emocional, traduzida por gestos mais intensificados, como forma de externalizar o desconforto quando diante das usuárias SVD.
- Tema 27: os médicos apresentavam tendência a duvidar da veracidade dos sintomas que a usuária SVD manifestava.
- Tema 28: os médicos tendiam a se esquivar de assuntos emocionais.
- Tema 29: frente a possíveis usuárias SVD, médicos manifestavam afetos negativos como impaciência e enfado.
- Tema 30: a percepção dos médicos de que os usuários queixavam-se desproporcionalmente e sem razão.
- Tema 31: as usuárias SVD eram representadas pelos médicos a partir da imagem de “poliqueixosa”.
- Tema 32: os sintomas vagos e difusos eram associados pelos médicos a transtornos psicológicos.
- Tema 33: os médicos percebiam as usuárias SVD como caso difícil.
- Tema 34: o uso da medicação pelos médicos como um recurso mediador da relação estabelecida entre eles e as usuárias SVD.