

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Daniel de Medeiros Gonzaga

Contradições sociais na comunicação entre médicos de família e comunidade e pacientes

Rio de Janeiro

2020

Daniel de Medeiros Gonzaga

Contradições sociais na comunicação entre médicos de família e comunidade e pacientes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Elyne Montenegro Engstrom

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

G642c Gonzaga, Daniel de Medeiros.
Contradições sociais na comunicação entre médicos de família e comunidade e pacientes / Daniel de Medeiros Gonzaga. -- 2020.
89 f. : il. ; graf.

Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Comunicação em Saúde. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Classe Social. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Daniel de Medeiros Gonzaga

Contradições sociais na comunicação entre médicos de família e comunidade e pacientes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 18/06/2020

Banca Examinadora

Prof. Dr. Armando Henrique Norman

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profª. Dra. Elyne Montenegro Engstrom (Orientadora)

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2020

Para a minha família, que é de onde eu vim

Para o André, que é com quem eu vou

Cada Lugar na Sua Coisa

Um livro de poesia na gaveta não adianta nada

Lugar de poesia é na calçada

Lugar de quadro é na exposição

Lugar de música é no rádio

Ator se vê no palco e na televisão

O peixe é no mar

Lugar de samba enredo é no asfalto

Lugar de samba enredo é no asfalto

Aonde vai o pé, arrasta o salto

Lugar de samba enredo é no asfalto

Aonde a pé vai, se gasta a sola

Lugar de samba enredo é na escola

Sérgio Sampaio, 1976

RESUMO

A comunicação entre médico e paciente é um dos pilares do trabalho do médico de família e comunidade na atenção primária à saúde. Modelos para organizar essa comunicação são abundantes na medicina de família e comunidade e têm em comum a valorização da subjetividade do paciente na comunicação com seu médico, em contraponto ao modelo biomédico de consultas, que tem seu foco na doença e nas prioridades estabelecidas pelo médico para a interação no consultório. Neste trabalho foi analisada a comunicação médico-paciente no contexto da Estratégia Saúde da Família em uma Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro. A análise buscou explorar os diversos sentidos e ideologias que circulam nessa comunicação, considerando que a linguagem é construída socialmente e é também um meio de construção da sociedade, sendo um campo de disputa social. O método utilizado foi a análise de discurso, tendo como *corpus* de análise diálogos entre médicos de família e comunidade e pacientes gravados durante consultas numa Clínica da Família. Os resultados incluem a caracterização das consultas analisadas em relação aos modelos de consulta adotados pela Medicina de Família e Comunidade, bem como reflexões sobre o discurso observado nas consultas. São dois os tópicos abordados: a tendência à democratização de discursos institucionais contemporâneos e as contradições sociais presentes na comunicação médico-paciente. A comunicação nas consultas analisadas apresentou elementos condizentes com um processo de democratização do discurso médico, muito ligado à informalidade do discurso. Questiona-se o quanto a democratização do discurso está ligada também a um processo de horizontalização das relações institucionais e interpessoais na prática médica. São abordadas contradições sociais presentes no discurso analisado, com ênfase na relação entre o contexto social e familiar de pacientes com a abordagem médica para os problemas de saúde originados nesse contexto.

Palavras chave: Comunicação em Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Estrutura Socioeconômica.

ABSTRACT

Doctor-patient communication is central for the practice of family physicians in primary care. There are several consultation models used to enhance this genre of communication. They all share an appreciation for the more subjective viewpoint of the patients illness, in contrast to the modern biomedical model, which focuses on the disease and on the more medical-driven aspects of the consultation. In this research, doctor-patient communication was analyzed in the context of the Family Health Strategy in a *Clínica da Família* in the city of Rio de Janeiro. The analyses aimed to explore the many meanings and ideologies that run through this communication, considering that language is socially constructed and at the same time a means for constructing society, constituting a stage for social dispute. The method chosen for this task was discourse analyses. The *Corpus* for the analyses were recorded consultations from family physicians in their usual practice. Results include characterization of the recorded consultations, regarding the existing consultation models in family medicine, as well as observations on the discourse of doctor and patient during the consultations. Two topics are analyzed: the tendency of democratization of contemporary institutional discourse and the social contradictions existing in doctor-patient communication. Communication in the analyzed consultations exhibited signs of a tendency to democratization of the medical discourse, which is intimately connected to informality in the discourse. It is not clear how far the democratization of discourse is accompanied by democratization of the institutional and interpersonal relations in the medical practice. Social contradictions in the analyzed discourse are approached regarding health problems related to patient's social context and the medical handling of such problems.

Keywords: Health Communication. Family Practice. Primary Health Care. Family Health Strategy. Social Class.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Divisão em etapas de alguns dos modelos de consulta usados na Medicina de Família e Comunidade	24
Figura 1	Fluxograma de coleta e seleção dos dados para análise	38
Quadro 2	Convenções usadas na transcrição de áudio para texto escrito	42
Gráfico 1	Tempo de duração das consultas em minutos	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMSRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	27
4	REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1	COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	17
4.1.1	O ensino da comunicação médico-paciente	24
4.2	IDEOLOGIA.....	25
4.2.1	Ideologia e medicina	26
4.3	AUTONOMIA.....	28
4.4	COMUNICAÇÃO, LINGUAGEM E DISCURSO.....	29
5	METODOLOGIA	31
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	31
5.2	CONTEXTO DO ESTUDO.....	32
5.3	APRESENTAÇÃO DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES.....	34
5.4	COLETA DE DADOS.....	35
5.5	METODOLOGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	38
5.6	CONSTRUÇÃO DO CORPUS DE ANÁLISE.....	40
5.7	TRANSCRIÇÃO DOS ARQUIVOS DE ÁUDIO.....	41
5.8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	43
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
6.1	RISCOS E BENEFÍCIOS PARA OS PARTICIPANTES.....	45
6.2	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47
6.3	CUSTOS RELACIONADOS À PESQUISA.....	48
6.4	IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR.....	48
7	ANÁLISE DOS DADOS	50
7.1	CARACTERIZAÇÃO DAS CONSULTAS GRAVADAS.....	50
7.2	A DEMOCRATIZAÇÃO DO DISCURSO NA COMUNICAÇÃO.....	51
7.3	CONTEXTO SOCIAL E INDIVÍDUO.....	69
8	SÍNTESE REFLEXIVA	79
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está previsto na constituição federal brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) e desde então vem sendo implementado no país, com avanços e desafios ainda presentes após seus 30 anos de existência (PAIM, 2018). O SUS, como um sistema público, baseado no direito universal à saúde, adotou princípios e diretrizes como a integralidade, equidade e a descentralização da responsabilidade pela atenção para diferentes entes federativos, que influenciaram, desde então, a implementação de modelos de atenção distintos no país. Nesta trajetória, as conformações de modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tiveram influência de movimentos nacionais e internacionais, adquirindo características peculiares no contexto brasileiro.

A proposta atual de organização da APS no SUS teve início no Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que foi posteriormente reorganizado na forma da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Tal política foi reformulada em 2011 (BRASIL, 2011), quando se amplia o escopo de atribuições, serviços e ações para a APS, e em 2017 (BRASIL, 2017), quando se flexibilizou de forma polêmica algumas das características centrais do modelo, como a composição das equipes multiprofissionais. Na ESF, cada equipe é formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e um número variável de agentes comunitários de saúde, com o objetivo de cobrir todo o escopo de ações abrangentes e integrais atribuídas a esse nível de atenção à saúde. A APS é proposta como a porta de entrada principal e o primeiro nível de atenção e coordenadora de uma rede integrada de atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Em relação à formação médica, a PNAB (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017) recomenda que o médico atuante na ESF deve preferencialmente ter especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC), mas essa formação não é descrita como mandatória em nenhuma das versões do documento.

Nos referenciais internacionais, a APS se propõe a desempenhar papel central nos sistemas de saúde, com a responsabilidade de oferecer cuidado com resolutividade para as queixas mais comuns da população, manter esse cuidado de forma longitudinal e coordenar o percurso das pessoas pelas redes de atenção à saúde (STARFIELD, 2002). Em países nos quais a APS já está consolidada no sistema público de saúde, como Portugal, Espanha, Inglaterra, França, Canadá e Austrália (ARYA et al., 2017), os médicos que atuam na APS são aqueles especializados em medicina de família e comunidade (MFC) e esses correspondem a aproximadamente metade dos médicos de cada país (AUGUSTO et al., 2018). A política nacional que versa sobre o tema prevê que o trabalho na APS deve ser feito por médico “preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade” (BRASIL, 2017, p 71), mas há atualmente no Brasil número insuficiente de médicos dessa especialidade para suprir as necessidades do SUS, sendo esses menos de 2% do total de médicos do país (AUGUSTO et al., 2018).

Dentre as especificidades da MFC, que a tornam uma especialidade preparada para atuar na APS, a mais relevante para o presente trabalho é seu interesse pela comunicação médico-paciente. Esse interesse pode ser entendido a partir da própria prática da especialidade. Ao se propor a manter uma relação longitudinal com o paciente, lidando com toda a complexidade de suas questões de saúde, na maioria das vezes inespecíficas e sem resposta satisfatória imediata na biomedicina (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010a), o médico de família e comunidade se ancora na boa relação médico-paciente, construída através da comunicação com o paciente, para desempenhar seu papel no sistema de saúde.

A comunicação médico-paciente pode ser pensada, de forma mais ampla, como consequência de um método clínico, ou da forma como se pensa a atuação clínica. Na história da medicina, a abordagem do método clínico é marcada pela tensão entre duas perspectivas sobre o diagnóstico clínico: a natural e a convencional (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010b).

A perspectiva natural tensiona o método clínico para a exploração da experiência da doença em sua totalidade, englobando seus aspectos mais individuais e subjetivos. Sob essa perspectiva, a doença não pode ser desvinculada da pessoa que a sofre, pois a experiência de cada indivíduo é única. Já a convencional tende a classificar as doenças de forma independente do indivíduo que as experimenta, desvinculando a entidade doença do seu portador. Assim, as doenças se tornam entes abstratos, definidos por certos códigos, e espera-se que possam ser observadas de forma muito semelhante em qualquer pessoa que as experimente. Diferentes conformações entre essas duas perspectivas foram observadas ao longo da história da medicina. A partir do início do século XIX esse balanço pendeu fortemente para a perspectiva convencional, associada ao desenvolvimento de técnicas de exame físico e de exames complementares, que deram novo fôlego ao interesse pela classificação de doenças, originando uma classificação nosológica inteiramente nova (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010b). A proeminência da escola convencional no método clínico moderno está presente até os dias atuais e pode ser observada, por exemplo, no papel central desempenhado na prática clínica por códigos como a Classificação Internacional de Doenças (CID), que classifica as doenças de forma desvinculada da experiência subjetiva do paciente e é mandatória para o registro de consultas em prontuários e para trâmites burocráticos do sistema de saúde.

Ao longo do século XX, encontramos teorias que questionaram o método clínico moderno, tendendo a reaproximá-lo da perspectiva convencional, valorizando a experiência subjetiva e a singularidade individual no raciocínio diagnóstico (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010b). Alguns dos principais pensadores responsáveis pelas tensões paradigmáticas sobre o método clínico foram Michael Balint, que revisitou a relação médico-paciente, considerando sua influência em ambas as partes envolvidas (BALINT, 2005); George Engel, que inclusive explicitou a necessidade de um novo método clínico, que questionasse o modelo biomédico moderno, em artigo publicado na década de 1970 (ENGEL, 1977); e os autores da antropologia

da saúde, como Arthur Kleinman e Cecil Helman, que desenvolveram conceitos fundamentais para a construção das novas propostas de método clínico desenvolvidas na atualidade. A MFC foi influenciada de forma marcante por esses teóricos em suas construções sobre a comunicação médico-paciente, na tentativa de aproximar mais o método clínico da perspectiva natural, contrapondo-se ao modelo biomédico moderno.

Dentro dessa perspectiva de construção de alternativa ao modelo biomédico moderno, existem diversos modelos de consulta que orientam a comunicação médico-paciente na MFC, em sua maioria produzidos em contextos diferentes daquele encontrado no sistema de saúde brasileiro. Alguns exemplos são os modelos descritos nos livros *Patient Centered Medicine* (STEWART et al., 2013), *The Inner Consultation* (NEIGHBOUR, 2005), *Skills for Communicating with Patients* (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013) e *The Naked Consultation* (MOULTON, 2016). Esses modelos se propõem a organizar e melhorar a comunicação na consulta e a relação médico-paciente, e são usados no treinamento de médicos de família e comunidade no Brasil e em outros países.

Desenvolvemos o presente estudo no sentido de explorar a comunicação médico-paciente como praticada hoje na MFC, considerando as implicações sociais dessa comunicação. Para isso, nos propomos a trabalhar com referencial teórico que considere os aspectos sócio históricos da linguagem, numa tentativa de contribuir para as reflexões contemporâneas sobre comunicação médico-paciente. Neste trabalho, partimos do pressuposto que a linguagem e os seus usos são fenômenos sociais, e não individuais (ORLANDI, 2009), de forma que toda fala resulta de construções sociais, sendo impossível dissociar os enunciados individuais de seu conteúdo ideológico. Assim, ao falarem, as pessoas não percebem que em última instância estão citando discursos que não são originalmente seus, mas que foram produzidos num processo sócio-histórico de disputa entre as diversas ideologias presentes numa sociedade (OLIVEIRA, 2011).

O processo de construção (e disputa) social da linguagem, atravessado por ideologias, está presente em todas as ações humanas, incluindo aquela que nos interessa particularmente, a comunicação entre médico e paciente. Como as ideologias se materializam nas práticas humanas, a disputa entre elas se dá por meio da sua relação dialética com essas práticas (BRANDÃO; DIAS, 2007). Pensando a medicina como uma ação humana que se manifesta na comunicação entre médico e paciente, podemos explorar como essa comunicação é afetada na sua interação dialética com as ideologias que perpassam os discursos tanto do médico como do paciente.

A ideologia médica hegemônica no período contemporâneo tem forte influência positivista e é dominada por ideias como a comparação entre corpo humano e máquina, a concepção de doença e saúde como questões individuais e a crença na capacidade da ciência de controlar a natureza humana (WAITZKIN, 1980). Como os discursos são polifônicos, ou seja, construídos por diversas vozes que interagem entre si, muitas vezes de forma contraditória, esperamos encontrar nos discursos de médico e paciente elementos ligados à ideologia positivista hegemônica da saúde e ao mesmo tempo elementos ligados a outras formas de entender saúde. Explorando essa interação, possivelmente conflituosa, entre as vozes que permeiam os discursos, podemos entender melhor como elas interferem na comunicação entre médico e paciente: se predominantemente cristalizam o papel passivo da pessoa em relação a sua saúde, reforçando a crença numa medicina onipotente e infalível; se contém elementos emancipatórios, reforçando a autonomia da pessoa, numa relação não mercantilizada com a saúde; ou mesmo se apresentam elementos diversos desses por nós imaginados a priori.

2 JUSTIFICATIVA

As reflexões expostas na introdução acima, que me motivaram a desenvolver essa pesquisa, foram majoritariamente desenvolvidas durante minha atuação como médico na APS do Município do Rio de Janeiro. Uma cidade que viveu a expansão acelerada da ESF, a partir de 2009, saindo de uma cobertura de 3% naquele ano, para alcançar 65% da população coberta pela ESF em 2016 (SORANZ; PISCO, 2017). O aumento da cobertura da ESF foi acompanhado de ampliação de serviços prestados nesse nível de atenção, organizada por meio da carteira de serviços da APS do município, de descentralizada da regulação assistencial, essas e outras ações visando o fortalecimento dos atributos da APS (SMS/RJ, 2016). Essas transformações no modelo de atenção à saúde da cidade foram sustentadas por incentivos à qualificação e atuação dos profissionais da rede, como pagamento de gratificação para profissionais titulados em MFC, com formação em mestrado e doutorado e para responsáveis técnicos; além da ampliação da formação de profissionais qualificados para o trabalho na ESF por meio da criação e expansão de programas de residência em MFC, em enfermagem de família e comunidade e de residência multiprofissional (SORANZ; PISCO, 2017). Todo esse movimento favorável à formação de novos médicos de família e comunidade na APS carioca propiciou um ambiente fértil para a discussão e construção teórica nos meios de prática da MFC, que contribuiu enormemente para meus estudos pessoais, os quais precederam este trabalho e me motivaram para ele.

Durante parte do período de expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, mais especificamente de 2013 a 2017, atuei na APS carioca como médico de família e comunidade na Estratégia Saúde da Família e preceptor do programa de residência em MFC da Secretaria Municipal de Saúde. Tive a oportunidade de observar médicos de família e comunidade, em formação e já formados, aplicando os modelos de consulta e habilidades de comunicação nos quais foram treinados. Percebi como essas mesmas habilidades podem servir para alcançar melhor entendimento entre médico e paciente, facilitando sua comunicação e sua relação, ou

para distanciá-los, tornando a comunicação artificial, numa relação pasteurizada. Podem promover autonomia do sujeito que busca cuidados médicos ou torná-lo mais dependente de ações externas para a sua saúde; educar sobre as limitações da medicina ou reforçar a ilusão de uma ciência onipotente; promover reflexão sobre a influência do meio social e político sobre a saúde ou contribuir para o entendimento da saúde como algo individual e puramente biológico. A partir da percepção dessas possíveis contradições, me propus a realizar a presente pesquisa, desejando compreender melhor a comunicação médico-paciente e seus desdobramentos sociais.

Este estudo parte do pressuposto de que toda comunicação está atrelada às diversas tensões sociais existentes em seu contexto, sendo ao mesmo tempo reflexo e meio para construção da estrutura social. Entendemos, assim, que é necessário desenvolver uma teoria da comunicação médico-paciente atenta ao significado social dessa comunicação. Este projeto de pesquisa pretende contribuir para o entendimento da comunicação médico-paciente nessa direção, analisando os sentidos nela presentes e as ideologias implícitas no discurso observado em consultas médicas. Aqui nos perguntamos: como as contradições sociais se apresentam na comunicação entre médico e paciente? Como essa comunicação influencia e é influenciada por tais contradições?

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- a. Analisar os diversos sentidos e ideologias que circulam na comunicação médico-paciente em consultas de médicos de família e comunidade do município do Rio de Janeiro

Objetivos específicos:

- a. Caracterizar a comunicação médico-paciente nas consultas estudadas, no que diz respeito aos aspectos organizacionais das consultas e habilidades de comunicação usadas pelos médicos participantes
- b. Explorar as contradições sociais que se apresentam na comunicação médico-paciente, considerando que toda comunicação é reflexo e construção da sociedade em que ocorre

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para desenvolver melhor os objetivos deste trabalho, faz-se necessário inicialmente esclarecer alguns termos usados e que necessariamente não são tão claros quanto ao seu significado. Nessa seção proponho explorarmos os referenciais teóricos usados como fonte para a construção do presente trabalho.

4.1 Comunicação médico-paciente

A comunicação médico-paciente como a estudamos e aplicamos hoje na MFC foi construída a partir de diversas influências. Dentre elas estão as produções sobre antropologia da saúde a respeito da relação médico-paciente, as análises de Michael Balint sobre as interações entre médico, paciente e doença (BALINT, 2005), e o artigo seminal de George Engel, que ainda na década de 1970 já propunha mudanças no modelo biomédico (ENGEL, 1977). No campo da antropologia da saúde foram cunhados termos como competência cultural (KLEINMAN; BENSON, 2006) e modelo explanatório da doença (HELMAN; BOLNER; ARSEGO, 2009), amplamente usados em textos e manuais sobre comunicação clínica.

Diversos modelos de consulta foram produzidos com base nessas construções teóricas, que confrontavam o modelo biomédico corrente. Alguns dos modelos mais usados atualmente estão descritos em livros como *The Inner Consultation* (NEIGHBOUR, 2005), *The Naked Consultation* (MOULTON, 2016), *Skills for Communicating with Patients* (SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013) e *Entrevista Clínica* (BORRELL CARRIÓ, 2012). Dentre eles, provavelmente o mais usado no Brasil é o livro *Patient-Centered Medicine* (STEWART et al., 2013). Na sua edição atual, os autores definem quatro componentes necessários para se praticar uma medicina baseada no paciente, a saber: (1) explorando a saúde, a doença e a experiência

da doença, (2) entendendo a pessoa como um todo, no nível proximal e distal de suas relações sociais, (3) estabelecendo um plano conjunto e (4) melhorando a relação médico-paciente. Por meio desses quatro componentes, almeja-se ir além do modelo biomédico moderno, para produzir cuidado voltado para as necessidades do paciente, e não apenas para as necessidades do médico ou do sistema de saúde. Esse movimento é feito na medida em que se propõe a valorização da subjetividade do paciente e de como essa subjetividade interage com sua família, a comunidade e o próprio sistema de saúde no seu processo de saúde e doença.

Moulton (2016) sistematiza os modelos de consulta existentes na literatura, agrupando-os a partir de certas características. Alguns são organizados de acordo com o que deve ser alcançado durante a consulta (orientados para tarefas), enquanto outros se organizam a partir de como alcançar esses objetivos (orientados para o processo). Há modelos descritos a partir do que é importante para o médico e outros a partir do que é importante para o paciente. Mesmo com todas as variações possíveis, os modelos de consulta da MFC apresentam aspectos centrais em sua organização que são constantes entre os autores. Todos eles dividem a consulta em momentos distintos, num processo de análise do seu desenrolar, e trabalham habilidades adequadas para serem usadas em cada um deles. De acordo com Moulton (2016), em geral os modelos incluem os seguintes momentos de consulta: descobrir por que o paciente veio à consulta, entender o que está errado, explicar os problemas para o paciente, e desenvolver um plano para lidar com esses problemas. Além disso, os modelos ainda costumam incluir dois itens de recomendações: o uso eficiente do tempo e a habilidade de cuidar de si mesmo durante e entre consultas.

Tentamos aqui também sistematizar as etapas de consulta encontradas em alguns dos principais modelos de consulta usados na medicina de família e comunidade atualmente. Incluímos nessa sistematização cinco modelos: o de Roger Neighbour (The Inner Consultation), de Liz Moulton (The Naked Consultation), de Silverman e colaboradores (usado como base do

modelo de Calgary-Cambridge), de Francisco Borrel Carrió (Entrevista Clínica) e o de Vítor Ramos (A consulta em 7 passos). O trabalho de Moira Stewart, intitulado Patient-Centered Medicine, já brevemente comentado neste texto, não foi incluído nesta sistematização por ser muito orientado para os processos, e pouco descritivo das etapas da consulta, o que dificulta sua participação na comparação aqui proposta.

Agrupamos as diversas etapas de consulta descritas nesses modelos em seis grandes grupos: Pré-consulta, início da consulta, coleta de dados, devolutiva para o paciente, encerramento e pós-consulta. A seguir, discorreremos brevemente sobre cada um desses grandes grupos de etapas de consulta.

As etapas que ocorrem sem a presença do paciente no consultório (pré-consulta e pós-consulta) acabam descrevendo ações muito semelhantes, já que o tempo ao final de uma consulta na maioria das vezes é equivalente ao tempo antes do início da próxima. Nessas etapas, são propostas ações como o cuidado com o consultório, para certificar-se de que tudo o que será necessário para a consulta esteja à mão; e o cuidado do médico consigo mesmo, para evitar que a carga emocional da consulta anterior interfira na próxima consulta e que o médico se sinta sobrecarregado ao longo do dia pelas inúmeras consultas realizadas. Um bom exemplo para esse grupo é o modelo de Neighbour (2005), que divide suas etapas por meio de *checkpoints* e inclui um *checkpoint* chamado *Housekeeping*, ou os cuidados com a casa, significando tanto o cuidado com o consultório quanto com a saúde do próprio médico.

Nas etapas de início da consulta, em geral os modelos propõem duas metas centrais: entrar em sintonia com o paciente (construir *rapport*), e deixar o paciente falar mais que o médico. Os diferentes modelos reforçam a importância do início da consulta para o bom andamento do encontro como um todo. É aqui que devemos descobrir os motivos da visita do paciente, e chega-se a tanto ouvindo-o com técnicas de escuta ativa, estimulando-o a desenvolver a sua fala, e preferencialmente sem interrompê-lo nos primeiros minutos da

consulta. Nesses minutos iniciais já devemos também captar o tom emocional que o paciente trouxe para a consulta, e nos sintonizar com ele, construindo *rapport*. Moulton (2016), Neighbour (2005) e Borrell Carrió (2012) são os que mais enfatizam esse último ponto.

O próximo grupo de etapas é referente ao que denominamos coleta de dados. Nesse momento a consulta já foi iniciada e idealmente médico e paciente já construíram *rapport*, mas o médico ainda precisa de informações para compreender melhor os problemas do paciente, tanto para classificá-lo corretamente dentro de uma determinada chave diagnóstica quanto para conhecer melhor a relação desses problemas com sua vida pessoal, familiar, profissional, etc. Aqui temos a maior concentração de técnicas e habilidades descritas nos modelos de consulta. São descritas diversas formas de abordar o paciente para conseguir as informações desejadas, explorando como formular perguntas, o uso de técnicas derivadas da programação neurolinguística e maneiras de estruturar esse momento da consulta de forma a manter a coleta de dados dentro de um tempo factível e evitar obtenção de informações confusas. Silverman, Kurtz e Draper (2013) fornecem inclusive dados baseados em evidências sobre os efeitos na consulta de determinadas técnicas apresentadas em seu livro.

À coleta de dados, segue-se a devolutiva para o paciente. Nessa etapa o médico deve sistematizar o que entendeu da consulta até o momento e fornecer essa informação ao paciente. Algumas técnicas são bastante valorizadas nesse momento da consulta, como a divisão das informações em pequenos blocos, para facilitar o entendimento, e a sumarização, que permite ao paciente escutar o que o médico entendeu das informações coletadas, corrigindo-o caso necessário. É nesse momento também que se elabora um plano de ação sobre os problemas trazidos pelo paciente, com base nas informações coletadas anteriormente. Apesar de todos os modelos descreverem etapas relacionadas a esse momento da consulta, Silverman, Kurtz e Draper (2013) advertem que em geral a devolutiva de informações para o paciente recebe menos

atenção do que a coleta de dados, tanto nas construções teóricas sobre o assunto, quanto na prática real da medicina.

Por fim, temos o encerramento da consulta. Essa etapa engloba a elaboração de uma rede de segurança para o paciente, ou seja, o que ele deve fazer caso o plano de ação elaborado no consultório falhe, e o encerramento da consulta em si, com a finalização da interação com o paciente, agendamento de retornos e o que mais for necessário.

No quadro 1, apresentamos um resumo de como os diferentes modelos de consulta se organizam. Esse quadro está organizado de forma que os momentos semelhantes de modelos diferentes se encontrem na mesma linha, facilitando a comparação entre eles. Tentamos ao máximo preservar os termos usados pelos autores originais, pois acreditamos que as palavras escolhidas pelos autores para descrever as diferentes etapas contribuem para que entendamos melhor as suas ideias sobre a consulta.

Quadro 1. Divisão em etapas de alguns dos modelos de consulta usados na Medicina de Família e Comunidade

	(SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 2013)	(NEIGHBOR, 2005)	(BORRELL CARRIÓ, 2012)	(MOULTON, 2016)	(RAMOS, 2008)
Pré-consulta					Preparar para a consulta
Início da consulta	Iniciar a sessão		Iniciar uma relação	Iniciar a consulta	Os primeiros minutos
		Conectar (construir rapport)	Escutar o paciente	Construir rapport	
Coleta de dados	Coletar informação		Coletar dados		Explorar
	Fornecer estrutura para a entrevista			Fazer o paciente dizer o que está errado	
Devolutiva para o paciente	Sumarizar	Sumarizar		Sumarizar	Avaliar
	Explicar e planejar	Entregar o plano	Informar e motivar o paciente	Dar informação para o paciente	Criar um plano de cuidados
Encerramento	Fechar a sessão	Criar rede de segurança		Criar rede de segurança e finalizar a consulta	Encerrar a consulta
Pós-consulta		Fazer a limpeza (cuidar de si)			Refletir

Considerando a profusão de modelos de comunicação valorizando a subjetividade do paciente sua difusão entre médicos de família e comunidade, faz-se relevante explorar na literatura as reflexões existentes sobre as limitações desses modelos. Scheper-Hughes (1990)

faz uma forte crítica ao papel desempenhado pela antropologia da saúde nesse cenário, ao comparar a relação entre medicina e antropologia da saúde com aquela entre o sistema colonial europeu e a antropologia da época. Enquanto em séculos anteriores a antropologia, ao estudar as populações de países periféricos, produzia informações que facilitavam a dominação dessas populações pelos povos europeus, a antropologia da saúde atual, ao estudar os pacientes, produziria informações para o desenvolvimento de estratégias que facilitam a dominação das pessoas pela medicina. Considerando essa argumentação da autora, podemos aventar que, ao sermos treinados para dominar modelos de comunicação médico-paciente e os aplicarmos em nossas consultas, correremos sérios riscos de nos tornarmos mais iatrogênicos, no sentido de termos mais capacidade para cercear as escolhas do paciente, direcionando-o para o desfecho que a medicina considera mais adequado para a sua vida e, em última instância, interferindo em sua autonomia.

Stelet, Castiel e Moraes (2017) problematizam o ensino e a prática da comunicação médico-paciente na MFC a partir do conceito Foucaultiano de biopoder, usando como pano de fundo o longa-metragem de animação *Anomalisa*, de 2015. Os autores exploram o potencial deletério da padronização dessa comunicação promovida pelos modelos e técnicas de comunicação correntes, que poderiam limitar a espontaneidade e o potencial de cuidado envolvido no encontro entre médico e paciente.

4.1.1 O ensino da comunicação médico-paciente

Existem recomendações sobre o ensino a nível de graduação da comunicação médico-paciente em diversos países, como Reino Unido (FRAGSTEIN et al., 2008), Canadá (FRANK, 2005), Países de língua germânica (KIESSLING et al., 2010) e países da união europeia (BACHMANN et al., 2013). O Brasil está incluído num consenso publicado em 2016 por

Portugal, Espanha e países da América Latina sobre o currículo mínimo de comunicação clínica a ser abordado durante a graduação (GARCÍA DE LEONARDO et al., 2016). Especificamente sobre a MFC no Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicou uma recomendação de currículo baseado em competências como referência para os programas de residência médica nessa especialidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015). Nessa publicação encontramos um capítulo denominado Habilidades de comunicação, que lista vinte competências sobre o tema.

A comunicação médico-paciente é exposta nessas publicações como uma série de habilidades a serem dominadas e executadas pelo médico, com o objetivo de atingir o melhor desfecho possível para o paciente. Não observamos, no entanto, descrições ou explorações sobre os efeitos sociais dessa comunicação. Dominar habilidades de comunicação certamente é necessário para a prática do médico de família e comunidade, mas isso não é suficiente para a boa comunicação com o paciente. Precisamos explorar como essa comunicação afeta e é afetada pela nossa sociedade e pela nossa história, para que possamos compreendê-la e ensiná-la adequadamente.

4.2 Ideologia

Vamos, ao longo deste trabalho, nos apoiar na concepção de Antonio Gramsci do termo ideologia, devido à sua maior relação com a ação das pessoas no seu contexto real. Na leitura de Gramsci, encontramos uma definição positiva de ideologia, na qual ela não é necessariamente algo que mascara a realidade, mas uma “concepção de mundo que se manifesta na ação e a organiza” (BRANDÃO; DIAS, 2007, p. 82). A ideologia, enquanto concepção de mundo, para Gramsci, “se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas” (GRAMSCI, 1978, p. 16, apud

BRANDÃO; DIAS, 2007, p. 83). A manifestação da ideologia nas atividades humanas confere a ela ainda um caráter de multiplicidade e possível contradição, na medida em que as concepções de mundo implícitas nas ações podem ser diferentes de uma pessoa para outra, dentro ou fora de determinada classe social, ou mesmo nas ações de uma mesma pessoa. Assim, essas diferentes concepções de mundo podem coexistir e serem expressas pela ação humana numa mesma sociedade numa dada época, sendo inclusive antagônicas entre si, interagindo na disputa por hegemonia naquela sociedade.

Além de valorizar a relação das ideologias com as atividades práticas do homem, Gramsci também considera sua função na organização das classes sociais e da forma como elas se relacionam. A forma de uma classe social construir sua concepção de mundo (ou ideologia) hegemônica demonstra sua capacidade de crítica ou seu grau de submissão a outras concepções de mundo existentes (BRANDÃO; DIAS, 2007), de forma que uma determinada classe social, ao se portar de forma submissa, poderia inclusive adotar ideologias que são contrárias aos seus próprios interesses.

As contradições possíveis na ideologia e sua materialização nas atividades humanas propostas por Gramsci são especialmente importantes para o presente estudo, que se propõe a explorar os sentidos e ideologias implícitos numa dessas atividades, a consulta de uma pessoa ao seu médico.

4.2.1 Ideologia e medicina

Minayo (2014) comenta que a produção do conhecimento na medicina é dominada pela corrente positivista de pensamento e elenca algumas das diversas formas pelas quais o positivismo se manifesta na prática médica. Das cinco manifestações listadas pela autora, três estão mais ligadas à concepção de saúde das pessoas: (1) Concepção de saúde e de doença como fenômeno apenas biológico e social, quando muito relegando questões sociais à variáveis de

segundo plano; (2) valorização excessiva da tecnologia e crença na onipotência da medicina para solucionar problemas entendidos como de saúde; e (3) o menosprezo à formas de cuidado que não sejam as produzidas pela medicina. Uma quarta manifestação, o tratamento subalterno oferecido aos profissionais não médicos do campo da saúde, estaria mais ligado à organização dos serviços de saúde e à relação entre os profissionais da área. Por fim, a quinta manifestação listada por essa autora estaria mais diretamente atrelada à produção de conhecimento pela ciência: A dominação da medicina sobre outros campos do conhecimento, incorporando-os de forma pragmática.

Num livro voltado especificamente para a reflexão sobre o atendimento médico na sociedade ocidental, Waitzkin (1980) discorre sobre a ideologia divulgada pela medicina hegemônica nessa sociedade. O autor lista os seguintes componentes dessa ideologia: a comparação entre o corpo humano e as máquinas, a doença como um problema de responsabilidade do indivíduo, a capacidade da ciência de controlar a natureza humana, a abrangência cada vez maior dos aspectos da vida sob tutela da medicina, e o fato da medicina ser ao mesmo tempo esotérica (de conhecimento não acessível à população geral) e excelente (infalível).

Essas duas sínteses citadas sobre ideologias dominantes na medicina convergem em alguns pontos importantes. O primeiro e mais recorrente deles é a crença na onipotência ou infalibilidade da medicina. O segundo é o entendimento da doença como algo determinado biologicamente (descartando as dimensões sociais do processo saúde-doença) e, portanto, de responsabilidade individual. O terceiro e último ponto diz respeito à percepção do adoecimento e dos efeitos do tempo como processos não naturais (contrários ao perfeito funcionamento da corpo-máquina humano ou contrários à perfeição da natureza em seu estado puro), sendo de responsabilidade da medicina o reestabelecimento do corpo ao seu estado original de funcionamento.

4.3 Autonomia

Autonomia pode ser entendida como “um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (CAMPOS et al., 2006, p. 2). Com essa definição, estabelecemos autonomia do sujeito não como algo definitivo, dicotômico, como ausência de limitações, ou liberdade completa, mas como um processo em constante desenvolvimento, e que tem relação com o contexto social, algo que se constrói nas relações interpessoais e sociais.

O conceito de autonomia é relevante para o campo da saúde coletiva ao contrapormos a capacidade do indivíduo ter autonomia e protagonismo histórico à capacidade da estrutura social de determinar os lugares e funções do indivíduo na sociedade. Até que ponto a medicina, seja a nível individual ou coletivo poderia contribuir para a posição do indivíduo nessa disputa de forças? Minayo (2001) explicita o viés positivista existente na construção do conhecimento da medicina e da saúde coletiva ao longo da história para afirmar que essas duas disciplinas são marcadas por uma tendência ao apagamento do sujeito. Tanto medicina quanto saúde coletiva teriam então uma tendência a reduzir a autonomia do sujeito. No campo da medicina podemos observar essa tendência na hegemonia do conhecimento biomédico, que trabalha a partir da objetificação do sujeito e dos fenômenos sociais que o acometem, enxergando-o através das lentes da bioquímica e da fisiologia. Na saúde coletiva, podemos observar também uma tendência histórica ao controle dos indivíduos por meio de campanhas higienistas e, mesmo quando o planejamento estratégico entra em cena mais recentemente, observamos a preocupação em conhecer e compreender a posição dos atores envolvidos com o intuito de mais facilmente dominá-los (URIBE RIVERA, 1995 apud MINAYO, 2001).

Em relação a comunicação médico-paciente, é possível traçar um paralelo ao último ponto exposto acima, do uso do planejamento estratégico para exercer uma dominação mais efetiva sobre a população a nível coletivo, com o desdobramento do uso das habilidades de

comunicação, já que essas habilidades, quando aplicadas sem uma preocupação com seus desdobramentos políticos e sociais, poderiam contribuir também para uma dominação mais efetiva do público, só que dessa vez a nível individual no consultório.

4.4 Comunicação, linguagem e discurso

De forma a explorar as ideologias expressas na comunicação médico-paciente, precisamos também definir como entendemos essa comunicação e os conceitos ligados a ela, como o de linguagem.

Escolhemos trabalhar com a concepção de linguagem encontrada no trabalho de Mikhail Bakhtin (2011), que a entende enquanto um fenômeno social e não individual. As escolhas das pessoas na forma de se comunicar (quais palavras usar, como relacioná-las, como construir seus enunciados) não dependem somente de quem emite a palavra, mas também para quem ela é emitida, pelo contexto imediato no qual a comunicação ocorre e pelo contexto sócio-histórico no qual aquelas pessoas estão inseridas (ORLANDI, 2009). Bakhtin (2011) questiona a originalidade do enunciado individual, pois ele é sempre uma citação de discursos socialmente construídos ao longo da história e incorporados por nós, mesmo que não tenhamos consciência disso. Como explica Zacchi (2006, p. 93):

“o sujeito, na visão de Bakhtin, está imbricado em seu meio social e se constitui pelos discursos que o cercam. Cada sujeito é, portanto, uma arena de conflito e confrontação dos vários discursos que o constituem, sendo que cada um desses discursos, ao confrontar-se com os outros, visa a exercer uma hegemonia sobre eles. O mesmo se passa no âmbito da comunidade, que se constitui como uma arena de conflito entre discursos concorrentes.”

No trecho citado acima encontramos também outro desdobramento da concepção Bakhtiniana de linguagem, que está no entendimento do discurso enquanto um campo de construção e disputa social. O discurso aqui deve ser entendido como algo construído a partir de ideologias circulantes na sociedade, que são múltiplas. Essa polifonia de ideologias constitui o campo de disputas do discurso, a partir do qual são construídos os sentidos atribuídos socialmente às nossas atividades, instituições e tudo mais que diz respeito a vida do sujeito em sociedade (OLIVEIRA, 2011). A comunicação entre médico e paciente acontece no encontro dos seus campos de disputas interno, cada um repleto de ideologias e sentidos diversos sobre saúde.

Fairclough (2001a) resgata essa mesma discussão sobre a ausência de originalidade do enunciado individual, mas para tanto utiliza o conceito de Intertextualidade. Esse conceito foi cunhado por outros autores na década de 1960 no contexto da apresentação das teorias de Bakhtin para audiências ocidentais. Por intertextualidade, entende-se a referência dos textos, sejam escritos, falados, por vídeos ou qualquer outra forma de enunciação, a textos anteriores. Nas palavras do autor, “todos os enunciados são povoados e, na verdade, constituídos por pedaços de enunciados de outros, mais ou menos explícitos ou completos” (FAIRCLOUGH, 2001a, p. 134). Nessa perspectiva, dentro do conceito de intertextualidade, também é trabalhada a polifonia. Aqui, um texto é considerado mais ou menos polifônico (também denominado heterogêneo pelos autores da análise crítica do discurso) conforme sua intertextualidade é mais ou menos complexa.

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização da pesquisa

Minayo (2014, p. 47) entende pesquisa social como as investigações “...que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica”. A busca pela compreensão das ideologias que perpassam o discurso de médico e paciente numa consulta, considerando que essas ideologias são visões de mundo (produção simbólica) construídas historicamente na sociedade, se enquadra nessa definição. Estamos, portanto, desenvolvendo pesquisa social, e entendemos que, dentre as possíveis estratégias a serem usadas, a abordagem qualitativa é mais adequada para buscar o conhecimento que almejamos neste projeto. Encontramos respaldo para essa escolha ainda em Minayo (2014, p. 42) que, ao discorrer sobre as especificidades das ciências sociais, afirma que “o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela.”

Estamos desenvolvendo um estudo qualitativo de cunho dialético, que se propõe a explorar em profundidade a comunicação médico-paciente. Apesar de não favorecer a generalização dos resultados, estudos qualitativos têm o potencial de gerar novas hipóteses, ou mesmo reflexões sobre cenários semelhantes àquele diretamente explorado na pesquisa, pois, como lembra Minayo (2014, p 114), “No processo de pesquisa de cunho dialético, busca-se reter a explicação do particular no geral e vice-versa.” Assim, podemos buscar nesse estudo particular pistas para a explicação do geral, aproximando-nos da compreensão do que ocorre na comunicação entre médico e paciente na atenção primária à saúde.

5.2 Contexto do estudo

Apesar de mais de uma década decorrida desde a publicação da PNAB 2006, que normatiza a ESF como estratégia reorientadora do modelo para a APS brasileira, a implementação da Estratégia Saúde da Família ocorreu de forma heterogênea no território nacional, com maiores entraves nos grandes centros urbanos do país. Na cidade do Rio de Janeiro, a ESF se tornou a principal forma de organização da APS apenas após a reforma implementada entre 2009 e 2016, durante a qual a cobertura da ESF foi ampliada de 3% para cerca de 65% (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016; SORANZ; PISCO, 2017). Nessa reforma, as unidades básicas de saúde do município passaram a ser chamadas de Clínicas da Família. Em 2016, existiam 860 equipes de saúde da família no município, distribuídas em 196 Clínicas da Família (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Além do aumento da cobertura pela ESF na cidade, foi feito investimento na estrutura física para o trabalho na APS, com a construção de mais Clínicas da Família, e a formação de médicos de família e comunidade, por meio de programas de residência médica dessa especialidade. O investimento na formação desses profissionais se fez necessário para a cidade, já que ainda não existem médicos de família e comunidade em número suficiente para satisfazer as necessidades da ESF no Brasil (AUGUSTO et al., 2018).

Para a formação de médicos qualificados para o trabalho nas equipes de saúde da família, foi criado o programa de residência em medicina de família e comunidade da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMSRJ). Esse programa teve início em 2012, ofertando 60 vagas de residência, que foram progressivamente aumentadas, alcançando a oferta de 100 vagas para ingresso em 2014 (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016), e 150 vagas em 2019. O grande número de vagas ofertadas é uma peculiaridade do programa e se justifica pela necessidade de se formar rapidamente profissionais qualificados em número suficiente para atuação na recém-expandida ESF do município.

O PRMFC-SMSRJ é organizado de forma a inserir os residentes de MFC nas equipes de saúde da família (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). No programa, os preceptores são responsáveis por uma ou duas equipes de saúde da família, recebendo dois residentes em cada equipe (um no primeiro ano de residência e outro no segundo). Cada residente passa seus dois anos de treinamento atuando numa mesma equipe, sob supervisão do preceptor. Os residentes desempenham todas as funções esperadas de um médico de equipe na ESF, dividindo a carga de trabalho com seu colega de equipe, com horários protegidos para aulas teóricas e discussões clínicas e teóricas com os preceptores ao longo da semana. Os médicos preceptores, por sua vez, são os responsáveis pela equipe de saúde da família em que atuam em conjunto com os residentes, desempenhando suas atividades de médico de equipe. São também responsáveis pela supervisão do trabalho dos residentes, dividindo o trabalho na equipe com eles, procurando balancear as necessidades educacionais dos residentes com as necessidades assistenciais da população, além de preparar e ministrar o conteúdo dos espaços teóricos reservados para os residentes.

Nesse cenário de prática da MFC, considerando uma estrutura da ESF recente e repleta de profissionais jovens e com pouco tempo de prática, optamos por trabalhar nessa pesquisa com os preceptores do PRMFC-SMSRJ. Justificamos essa escolha por entendermos que em geral esses preceptores são os profissionais com formação em MFC que estão atuando já há algum tempo na ESF do Rio de Janeiro, tendo maior experiência com a comunicação médico-paciente, o que tem o potencial de proporcionar entrevistas mais ricas para a construção teórica a qual o presente trabalho se propõe.

Dentre o universo de possibilidades que se apresentava para a coleta de dados nesse cenário, selecionamos como campo de estudo uma Clínica da Família localizada numa grande comunidade da zona norte da cidade. Foi selecionada por ser uma das primeiras clínicas inauguradas na expansão da ESF no Rio de Janeiro, já com processo de trabalho bem

estabelecido em suas equipes e que treina médicos residentes desde a criação do PRMFC-SMSRJ, sendo considerado dentro do programa de residência um serviço de excelência na formação de médicos dessa especialidade.

5.3 Apresentação do estudo aos participantes

Antes de iniciar a coleta de dados, foi feito contato com a gerência da unidade de saúde, buscando sua anuência para a realização da pesquisa. Após anuência da gerência, fizemos uma apresentação em grupo para os médicos da unidade de saúde sobre o teor do estudo e seus objetivos. Essa apresentação foi feita durante espaço de reunião semanal já existente entre médicos preceptores na unidade.

Aproveitamos esse espaço para não criar nenhuma alteração no processo de trabalho usual dos profissionais que possa prejudicar a eles ou ao serviço. Após essa abordagem inicial, foi selecionado um dia fixo da semana para a gravação das consultas em consultório. Retornamos à unidade nos dias pré-estabelecidos para as gravações. Nesses dias, foi fornecido aos médicos que participaram do estudo um gravador de áudio, que eles mesmo manejaram no consultório, após orientação do pesquisador sobre como fazê-lo. O pesquisador se posicionou na sala de espera para abordar os pacientes que estavam aguardando o atendimento pelo médico participante. Esses pacientes foram abordados na antessala da unidade pelo pesquisador para uma explicação sobre o estudo e questionados sobre sua vontade de participar dele. Os pacientes que decidiram participar assinaram o termo de consentimento ainda na sala de espera e receberam um cartão a ser entregue ao médico, no qual estava escrito que autorizaram a gravação de sua consulta. Optamos por essa forma de abordagem do paciente para interferir o menos possível na interação entre médico e paciente no consultório, evitando que o médico tivesse que interromper sua rotina usual de abordagem ao paciente para explicar qualquer ponto relacionado à pesquisa em andamento.

5.4 Coleta de dados

Em última análise, a pesquisa qualitativa usa como material empírico textos. Esses textos podem ser gerados a partir da observação e registro de situações que ocorrem espontaneamente na sociedade, ou a partir da observação de situações criadas especificamente para gerar material de análise para a pesquisa (FLICK, 2009a). Optamos neste projeto pela primeira opção, observando a interação já existente entre médico e paciente no consultório. A segunda opção necessitaria da criação de dados especificamente para a pesquisa, como por exemplo, entrevistar médico e paciente para explorarmos suas impressões e interpretações da interação que tiveram, ou que costumam ter, um com o outro. Essa segunda alternativa traria uma questão dificultadora para nossa análise, já que os aspectos da comunicação que pretendemos explorar (sentidos e ideologias) atravessam os discursos principalmente de forma inconsciente, não sendo possível acessá-los perguntando ao entrevistado o que ele quis dizer realmente ou o que estava implícito durante sua interação com o outro. Nos restaria então, persistindo por esse segundo caminho, a análise das impressões da pessoa sobre a comunicação na consulta, explorando as subjetividades do indivíduo em relação àquela interação social. Por mais que pudesse produzir resultados interessantes e relevantes, esse caminho de análise não se prestaria aos objetivos aqui perseguidos.

Buscando a coleta de material a partir da interação espontânea entre médico e paciente no consultório, a pesquisa foi feita a partir do registro de áudio de consultas médicas. Durante o ano de 2019, no qual ocorreu a de coleta de dados da pesquisa, os trabalhadores das clínicas da família se encontravam frequentemente com salários atrasados e num processo de deterioração de suas condições de trabalho, o que provocou disputas com a prefeitura do município e culminou em recorrentes greves no último trimestre de 2019. O movimento de greve obteve a adesão de diversas categorias profissionais, incluindo médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. O movimento grevista durou de outubro de 2019 até o momento atual

(fevereiro de 2020), com pequenos intervalos de funcionamento normal das unidades entre longos períodos de funcionamento limitado das unidades ou de paralisação total. Durante os períodos de greve, os médicos atuaram em escalas reduzidas, com atendimentos pontuais a questões agudas de saúde, descaracterizando o padrão de atendimento usual na ESF. Além disso, a limitação no funcionamento das unidades promoveu clima de tensão entre profissionais e usuários das clínicas da família, o que dificultaria a abordagem dos pacientes a serem convidados para participar da pesquisa. Essa conjuntura acabou por limitar o processo de coleta de dados da pesquisa. Os períodos de greve se iniciaram no mês de outubro, após a primeira semana de coleta de dados deste estudo. Neste contexto, interrompemos a coleta de dados, pois os procedimentos propostos para a coleta não se adaptariam bem às rotinas de greve da unidade, além de que nossa coleta de dados poderia se tornar mais um fator de tensão naquele contexto, prejudicando profissionais e pacientes. Dessa forma, acabamos por interromper a coleta de dados após a primeira semana do estudo, na qual foram gravados dois turnos de atendimento.

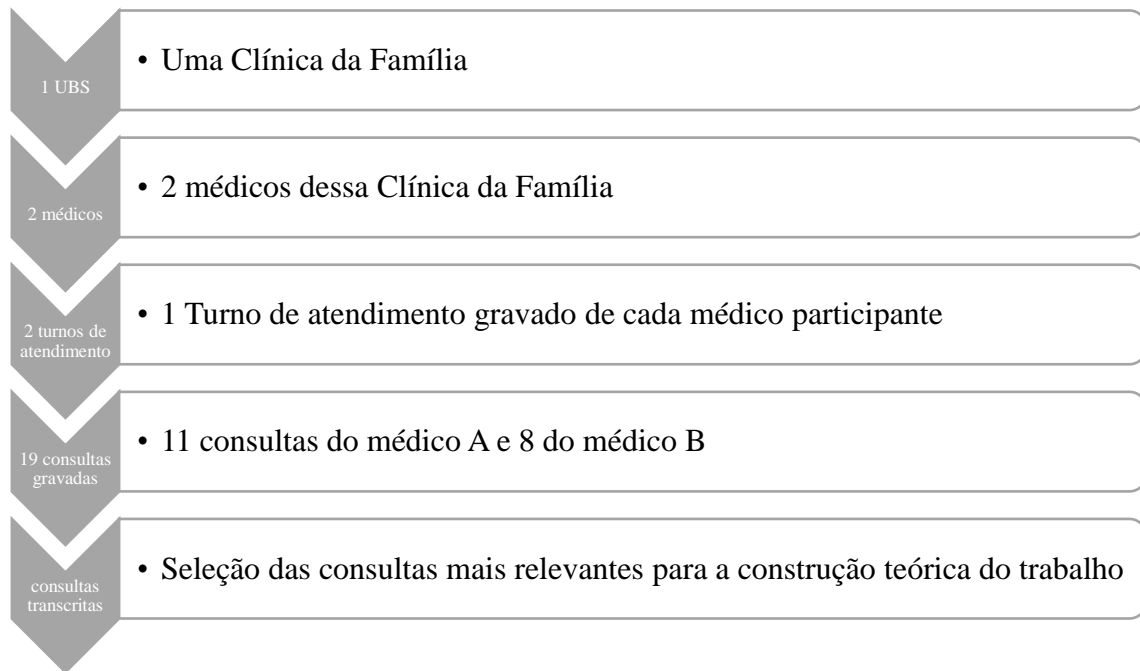
De forma geral, nos turnos de atendimento médico usualmente são consultadas de 12 a 20 pacientes, em consultas que podem variar de poucos minutos a quase uma hora de duração, tendo em vista a heterogeneidade dos pacientes e de suas queixas na APS. Apesar de não permitir a observação da comunicação não verbal, que poderia trazer mais elementos para a análise, optamos pela gravação de áudio por dois motivos principais: (1) Nosso interesse de análise está no discurso verbal ocorrido durante a consulta, que contém os sentidos e ideologias que buscamos explorar e (2) pela maior facilidade da gravação de áudio em relação a gravação de vídeo, já que é de operacionalização mais simples e tem menor potencial de interferir na dinâmica usual da consulta médica, sendo menos intrusiva.

Dentre os médicos da clínica da família selecionada para os quais foi apresentado o estudo, a seleção dos médicos participantes se deu por adesão voluntária do participante. Iniciamos a coleta de dados a partir daqueles que demonstraram maior interesse e disponibilidade para

participar. Gravamos um turno de atendimento de dois médicos diferentes, codificados como médico A e médico B. No turno do médico A, dezesseis pacientes foram atendidos, sendo que onze aceitaram participar da pesquisa e tiveram suas consultas gravadas. No turno de atendimento do médico B, dos treze pacientes atendidos, oito aceitaram participar. Somando as consultas de ambos os médicos, foram atendidos vinte e nove pacientes, dezenove consultas foram gravadas e dez pacientes recusaram sua participação no estudo. Consideramos o alto número de recusas na participação da pesquisa (34% das pessoas abordadas) como um sinal de que a abordagem aos pacientes foi realizada de forma que eles tivessem abertura e se sentissem à vontade para expressar sua vontade livremente.

Dentre as consultas gravadas, a seleção daquelas a serem analisadas mais a fundo foi feita pela estratégia de amostragem teórica. De acordo com Flick (2009), essa abordagem é adequada para estudos exploratórios e com o objetivo de gerar teorias ou novas hipóteses. Ela consiste em selecionar a amostra a partir do seu potencial para contribuir com informações relevantes para a pesquisa. A amostragem teórica pressupõe uma certa sobreposição entre as fases de coleta, codificação e análise dos dados (FLICK, 2009a), pois é a partir da análise dos dados obtidos até o momento que se toma a decisão sobre onde existe maior potencial para gerar novos dados que contribuam para a construção teórica iniciada. O desenho do estudo está resumido na figura 1.

Figura 1. Fluxograma de coleta e seleção dos dados para análise



5.5 Metodologia para análise dos dados

As consultas gravadas foram todas escutadas pelo pesquisador. Aquelas consideradas mais relevantes foram transcritas em sua integralidade para a forma de texto escrito, para permitir o uso de trechos das consultas ao longo do texto do trabalho. Independentemente de serem transcritas ou não, todas as consultas gravadas foram arquivadas e preservadas num banco de dados, sem identificação direta dos participantes.

As consultas foram analisadas de duas maneiras: A primeira diz respeito à forma. Essa etapa da análise é descritiva, e se faz relevante para que, quando chegemos à análise das ideologias implícitas na comunicação médico-paciente, saibamos um pouco sobre como essa comunicação ocorreu dentro do consultório. Os critérios de descrição serão (1) a forma como a consulta foi organizada, em comparação com os modelos de consulta conhecidos da literatura (descritos no

item 4.1 do presente trabalho – Comunicação médico-paciente); e (2) o uso de habilidades de comunicação específicas pelo médico.

A segunda forma de análise diz respeito aos sentidos implícitos no texto, buscando explorar, por meio do método da análise de discurso, as ideologias implícitas na comunicação médico-paciente. Teóricos do campo da análise de discurso argumentam contra a sistematização exagerada desse método, pois a criação de um caminho único para a realização da análise acabaria por engessá-la, impedindo sua realização de forma satisfatória (FLICK; KARDORFF; STEINKE, 2010). Não obstante, podemos encontrar orientações gerais para o método. Nele, o trabalho do analista consiste em “observar os efeitos da língua na ideologia e a materialização desta na língua” (ORLANDI, 2007, p. 66), buscando apreender a historicidade do texto analisado. Historicidade aqui não se resume aos reflexos da história no texto; é a compreensão do texto como parte de discursos que acontecem num determinado contexto socio-histórico e que também são constituintes dele, ou seja, a materialidade histórica dos discursos. Esse processo de análise ocorre em duas etapas. Na primeira passamos da superficialidade da língua (texto bruto) para o objeto do discurso. Nessa etapa trabalhamos principalmente com as paráfrases e metonímias, com o dito, o não dito e o que poderia ter sido dito. São essas relações que dão significado às palavras do texto (sem elas as palavras são vazias de sentido) e constroem o objeto discursivo. Na segunda etapa partimos do objeto do discurso para o processo sócio-histórico, atravessado por ideologias, de construção desse objeto. Aqui relacionamos o objeto discursivo com as formações ideológicas que regem os processos que geraram esse objeto (ORLANDI, 2007). Essas duas etapas compõem o dispositivo parafrásico, que constitui o cerne da análise de discurso.

Numa outra vertente do campo da análise de discurso, denominada análise crítica do discurso, Fairclough (2001) sistematiza o procedimento analítico em três dimensões, a análise do texto, análise da prática discursiva e análise da prática social à qual o discurso faz parte. A

primeira dimensão, análise textual, é a parte descritiva da análise, e inclui a exploração de itens como vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. As duas outras dimensões são interpretativas. A prática discursiva diz respeito aos processos de produção, distribuição e consumo textual; e sua análise considera principalmente a intertextualidade e as diferentes restrições sociais impostas a esses processos em cada contexto de prática discursiva existente na sociedade. Por fim, a terceira dimensão, o discurso como prática social, discute a relação do discurso com a ideologia e a disputa por hegemonia na sociedade. A análise crítica do discurso apresenta importantes semelhanças com a análise de discurso francesa. Ambas têm fundamentação teórica Marxista, utilizam os conceitos de ideologia e hegemonia para explorar a relação entre linguagem e sociedade, e apresentam marcada influência da construção linguística de Bakhtin nas suas construções sobre linguagem, considerando a estrutura polifônica do discurso e sua relação com as construções ideológicas na sociedade.

Entendendo que a análise de discurso é um campo amplo de estudo, composto por diversas vertentes, com semelhanças em seu embasamento teórico e em suas propostas metodológicas, propomos nesse estudo a prática da análise de discurso com orientações principalmente da análise crítica do discurso proposta por Fairclough (2001b), mas também influenciada pela escola francesa, como descrita por Orlandi (2007) e Maingueneau (2015). Apesar de termos sido grandemente influenciados pela escola francesa ao longo da maior parte da construção desta dissertação, o estudo da análise crítica de discurso mais a fundo durante o processo da análise de dados foi fundamental para conclusão do trabalho e esta última acabou sendo a principal inspiração metodológica para a pesquisa.

5.6 Construção do *corpus* de análise

A análise de discurso é realizada sobre um *corpus* de análise determinado, um recorte intencional do texto realizado pelo pesquisador a partir de seu referencial teórico. No presente

estudo, o *corpus* é composto por consultas entre médico de família e comunidade e paciente, gravadas no contexto da ESF no município do Rio de Janeiro.

Nos dois turnos de atendimento médico que fizeram parte da coleta de dados, dezenove pacientes autorizaram sua participação na pesquisa e tiveram suas consultas gravadas. Essas dezenove consultas foram escutadas pelo pesquisador e, dentre elas, aquelas escolhidas para serem analisadas mais a fundo foram transcritas em sua integralidade e compuseram o *corpus* de análise do estudo. Dessa forma, compuseram nosso *corpus* de forma direta quatro consultas, codificadas no nosso banco de dados como consultas A7, A10, B4 e B6.

5.7 Transcrição dos arquivos de áudio

No trabalho atual, apenas os áudios das consultas selecionadas para compor o *Corpus* de análise foram transcritos para texto escrito. As transcrições foram realizadas pelo próprio pesquisador, por entender que seria uma oportunidade para conhecer de forma minuciosa o material a ser analisado, já que não estávamos presentes no consultório durante as consultas gravadas, sendo necessária uma aproximação maior com o material coletado para a realização da análise. Outro motivo para a transcrição pelo próprio pesquisador é o nível de detalhamento da transcrição necessário para o método da análise de discurso, sendo difícil confiar em tamanhos detalhes em práticas de transcrição usuais.

Em estudos que se propõem a analisar o discurso, é necessária atenção para a descrição de como foi criado o texto a ser analisado, especialmente na transformação de diálogos em texto escrito. Uma técnica adequada de transcrição deve ser capaz de registrar traços da fala, como pausas, interrupções, repetições, hesitações, atropelamentos entre falas, enfim, detalhes que enriquecem a interpretação dos discursos analisados (MISHLER, 1984). No presente estudo, tentamos transcrever o áudio das consultas de forma a obedecer a essas diretrizes. As

convenções usadas na transcrição foram adaptadas para as necessidades do nosso estudo a partir de Waitzkin (1991) e estão descritas no quadro 2.

Quadro 2. Convenções usadas na transcrição de áudio para texto escrito	
Convenção	Significado
Identificação dos médicos (A, B...)	Cada médico foi identificado por uma letra, aleatoriamente, iniciando por A e seguindo o alfabeto
Identificação das consultas (A1, A2... B1, B2...)	Cada consulta foi identificada com a letra do médico que a realizou, seguida de um número, iniciando a contagem a partir da primeira consulta gravada daquele médico.
Identificação dos pacientes	Cada paciente foi identificado com o mesmo código da sua consulta. O paciente atendido na consulta A2 é chamado A2
Alternância	Cada nova fala é iniciada numa nova linha do texto
M: ou P:	Determina quem está falando, médico (M) ou paciente (P)
Sobreposição de [Sobreposição	Sobreposição entre falas. Se uma pessoa começa a falar durante a fala da outra, essa fala terá início abaixo da fala que está sobrepondo, com o símbolo “[“ marcando o momento em que a sobreposição de inicia.
..... ... (28)	Silêncio. Cada ponto corresponde a um segundo. Em caso de silêncio prolongado, o número total de segundos será colocado em parênteses após 3 pontos.
: Discurso	Palavras que se alongam são marcadas com “:” após a sílaba que mais se alonga.
- Discur-	Interrupção. Quando uma palavra é interrompida sem ser pronunciada completamente, é marcada com “-“
<i>Discurso</i>	Palavras marcadas em itálico indicam ênfase durante a fala
_____	_____ substituem nomes de pessoas, lugares, ou outros elementos que possam identificar os participantes da consulta, o que poderia ferir a confidencialidade da pesquisa
(Discurso) (....)	Quando uma palavra não é escutada claramente, é colocada entre parênteses, para indicar que não há certeza sobre aquela transcrição. Quando não se consegue distinguir nem ao menos qual seria a transcrição mais provável, é usado “(....)”
((elevando a voz)) ((sussurrando))	Descrições sobre a forma das falas são indicados em parênteses duplos “(())”. Não indicam falas, são descrições feitas pelo transcritor

5.8 Limitações do estudo

Uma das principais limitações deste estudo é o número de consultas gravadas e analisadas. Consideramos que o número de consultas incluídas no estudo não é exaustivo para a exploração que a pesquisa se propõe a fazer e, provavelmente, com mais médicos participantes no estudo e mais consultas analisadas, teríamos maior diversidade de temas e discussões apresentados nos resultados. A pesquisa foi inicialmente prevista para ser um pouco mais abrangente, mas mesmo com o número de consultas inicialmente proposto, os resultados provavelmente não seriam também exaustivos, dada a extensa possibilidade de temas que poderiam surgir na discussão das consultas analisadas.

Fizemos inicialmente uma projeção para gravação de dois turnos de consultas de quatro médicos participantes, num total de oito turnos gravados. No entanto, na apresentação da pesquisa para os médicos preceptores da clínica da família, cinco deles se propuseram a participar. Isso nos fez alterar a programação para incluir os cinco médicos na pesquisa, aumentando então nossa projeção para dez turnos de consultas gravadas, sendo dois de cada um dos participantes. Considerando que em cada turno um médico na APS atende no mínimo doze pacientes, e prevendo que um terço dos pacientes declinariam a participação na pesquisa, nossa projeção era de oito consultas gravadas por turno, numa previsão de aproximadamente oitenta consultas gravadas para a pesquisa. Tal previsão não se concretizou pelas contingências impostas pela conjuntura de disputas entre profissionais da APS e prefeitura municipal, limitando a coleta de dados a dois turnos de atendimento gravados.

Outra limitação importante foi a falta de dados demográficos sobre os participantes da pesquisa. Não incluímos os dados referentes aos médicos participantes por serem apenas dois, sendo que essas informações poderiam facilitar a identificação desses profissionais, ferindo a confidencialidade do estudo. No caso dos pacientes, a coleta de informações demográficas não foi inicialmente incluída no planejamento da pesquisa, e quando identificamos que elas

poderiam ser úteis para enriquecer a análise dos dados já não havia mais tempo hábil para submeter novo adendo aos comitês de ética envolvidos e retornar à campo antes de concluir nossa análise. Por mais que dados demográficos sobre os participantes pudessem suscitar novos temas de análise, ou mesmo aprofundar a análise já feita, não consideramos que sua ausência inviabilize o estudo ou prejudique a análise realizada.

Uma última limitação identificada por nós está ligada ao método de coleta de dados. A atitude dos participantes, tanto médicos quanto pacientes, no consultório pode ter sido influenciada pela presença do gravador de áudio e pela ciência dos participantes de que estavam sendo gravados. Essas circunstâncias podem ter tornado a comunicação no consultório diferente daquela que ocorre espontaneamente. Entendemos que essas contingências são minimizadas, no que diz respeito ao médico participante, pelo fato de termos gravado várias consultas seguidas, de forma que este teve oportunidade de se acostumar com a presença do gravador no consultório. Em relação aos pacientes, no entanto, essa limitação é mais difícil de ser contornada.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa obedeceu às orientações da resolução 510/16, que dispõe sobre ética em pesquisa na área das ciências humanas e sociais. Foi aprovada nos comitês de ética em pesquisa da ENSP/FIOCRUZ sob o parecer número 14530619.6.0000.5240 e da SMS/RJ sob o parecer 14530619.6.3001.5279.

6.1 Riscos e benefícios para os participantes

A presente pesquisa não tem capacidade de produzir benefícios individuais diretos aos pacientes participantes. Coletivamente, possivelmente todos as pessoas atendidas por médicos na APS brasileira poderão se beneficiar no futuro devido a reflexões e discussões mais aprofundadas sobre a comunicação entre médico e paciente que possam resultar da pesquisa em desenvolvimento.

Para os médicos participantes, oferecemos acesso a todas as suas consultas gravadas durante o estudo, sejam elas selecionadas para análise ou não, como meio para o profissional se auto avaliar e refletir sobre a sua própria prática no consultório. Além disso, o pesquisador se colocou à disposição para fornecer retorno individual para os médicos participantes da pesquisa sobre a análise feita sobre as suas consultas e as conclusões alcançadas, também como forma de contribuir para o aperfeiçoamento desses profissionais. Para tanto, após o término da coleta de dados, o pesquisador responsável entrou em contato com os médicos participantes para combinar um turno em que o pesquisador estaria disponível para oferecer essa devolutiva e oferecer acesso às consultas gravadas na clínica incluída na pesquisa. Nenhum dos dois médicos participantes se disponibilizou ainda para esse encontro de devolutiva. No âmbito coletivo, para a comunidade médica, a pesquisa pode ser benéfica na medida em que pode contribuir com

reflexões para o ensino da comunicação clínica para novas gerações de médicos formados no país.

Quanto aos riscos envolvidos na pesquisa, existia o risco de exposição da identidade dos médicos e participantes envolvidos. Esse risco foi minimizado ao não revelarmos o nome e localização exata da unidade de saúde envolvida na pesquisa e ao substituímos os nomes reais dos participantes por letras aleatórias durante a análise e divulgação dos dados. Também para reduzir esse risco, apenas o pesquisador e sua orientadora tiveram acesso aos dados brutos contendo os nomes das pessoas envolvidas e aos arquivos de áudio contendo as vozes originais dos participantes. Esses originais serão preservados por cinco anos após a sua gravação.

Outro importante risco envolvido é o constrangimento tanto de médicos quanto de pacientes a participarem da pesquisa. Buscamos reduzir esse risco explicando de forma clara todos os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa antes da pessoa decidir por participar, deixando claro para os pacientes que sua participação, ou não, na pesquisa não altera em nada seu acolhimento, atendimento ou cuidado na unidade de saúde, e explicitando a possibilidade dos participantes escolherem deixar de participar da pesquisa a qualquer momento que quiserem, mesmo após a gravação da consulta. Consideramos que o fato de que alguns dos pacientes abordados para a coleta de dados terem se recusado a participar do estudo é um indicativo de que essa abordagem foi realizada de forma que os pacientes se sentiram à vontade para expressar sua vontade em participar ou não do estudo.

Um terceiro tipo de risco envolvido na pesquisa era o de as atividades de coleta de dados atrapalharem o andamento usual do serviço, prejudicando a assistência aos pacientes. Buscamos minimizar esses riscos incorporando as atividades da pesquisa em atividades já existentes nas unidades de saúde, evitando assim a criação de atividades adicionais para os profissionais, o que poderia sobrecarregá-los. Outra medida tomada para minimizar a influência do estudo sobre

a rotina dos profissionais foi a abordagem dos pacientes pelo pesquisador, ainda antes de sua entrada no consultório médico.

Não havia previsão de risco de danos materiais que necessitem de ressarcimento para os participantes da pesquisa, já que a coleta de dados será realizada durante atividades espontâneas no cotidiano dos participantes, não requerendo deslocamento, dispêndio de tempo ou outras atividades. Quanto à possíveis danos imateriais, como exposição de dados pessoais, perda de confidencialidade ou constrangimento dos participantes, os cuidados tomados para a minimização desses riscos foram descritos nos parágrafos acima.

6.2 Termo de consentimento livre e esclarecido

Todos os participantes da pesquisa foram orientados sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos e métodos e potenciais riscos e benefícios. Os médicos participantes foram orientados durante reunião prévia e os pacientes durante conversa enquanto esperam por sua consulta na sala de espera da unidade. Após essa orientação, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias para assinatura para aqueles que decidiram por participar da pesquisa. Uma via ficou com o participante e a outra com o pesquisador. Os modelos de TCLE usados na pesquisa estão disponíveis no Apêndice A. Foram disponibilizados endereço, telefone e e-mail de contato para que os participantes possam entrar em contato com o pesquisador responsável caso queiram esclarecer dúvidas ou desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento. Também foram fornecidas informações sobre o CEP responsável e formas de contato com ele pelos participantes da pesquisa.

6.3 Custos relacionados à pesquisa

Esta pesquisa não contou com financiamento de fontes públicas ou privadas para os seus custos operacionais. Os custos ligados a gastos pessoais do pesquisador, como transporte até os locais de coleta de dados e alimentação, e a aquisição de materiais para a pesquisa, como os gravadores de áudio para a coleta de dados e folhas ofício para impressão das transcrições de consulta, foram arcados com recursos pessoais do pesquisador responsável.

6.4 Implicações do pesquisador

Em pesquisa social, é relevante refletir sobre o papel do pesquisador que vai a campo. A negociação do nível de proximidade com as pessoas ou grupos estudados faz parte do processo de preparação para o campo de coleta (FLICK, 2009b). O pesquisador pode, por exemplo, assumir a posição de estranho ao ambiente de coleta de dados, ou assumir temporariamente papel de membro do grupo a ser estudado.

No presente trabalho, esse processo de negociação passa pela posição do pesquisador em relação aos médicos de família e comunidade estudados. O pesquisador atua também como MFC no Rio de Janeiro, em circunstâncias semelhantes à dos médicos participantes do estudo. O fato de o pesquisador desempenhar a mesma função laboral na mesma cidade que os participantes do estudo poderia ter influências na interpretação e análise dos dados. Por um lado, o pesquisador tem mais conhecimento que outros possíveis pesquisadores sobre as condições em que esses médicos trabalham e nas quais os pacientes são atendidos, podendo gerar reflexões mais aprofundadas durante a pesquisa. Por outro lado, estar na mesma situação em que os médicos participantes, pode enviesar as análises, na medida em que o pesquisador poderia se sentir também implicado nas análises feitas, ou evitar temas e problematizações que o afetem pessoalmente devido ao seu trabalho na APS. Tais implicações devem ser levadas em conta ao longo da leitura do presente trabalho.

A posição do pesquisador em relação ao fenômeno estudado no presente trabalho se caracteriza então por um trabalhador do sistema público de saúde brasileiro estudando práticas e relações dentro desse mesmo sistema, enquanto ainda trabalha nele. Mais especificamente, se caracteriza por um médico de família e comunidade estudando o trabalho de outros médicos de família e comunidade enquanto ainda trabalha nesta mesma função.

Apesar dos possíveis vieses que essa relação pode incorporar ao trabalho, consideramos a possibilidade das pessoas implicadas nas diferentes atividades sociais estudarem as atividades nas quais elas mesmas atuam como algo positivo. Adotamos esse posicionamento entendendo que a interpretação que o pesquisador faz a partir da realidade observada é sempre afetada pela posição que ocupa enquanto pesquisador (FLICK, 2009c). A relação entre pesquisador e objeto de pesquisa que encontramos neste trabalho é mais uma entre inúmeras possíveis, e, como as outras possibilidades, apresenta pontos positivos e negativos. Além disso, consideramos importante que as pessoas sejam capazes de compreender melhor as diversas atividades que desempenham na sociedade, suas contradições e possibilidades de mudança.

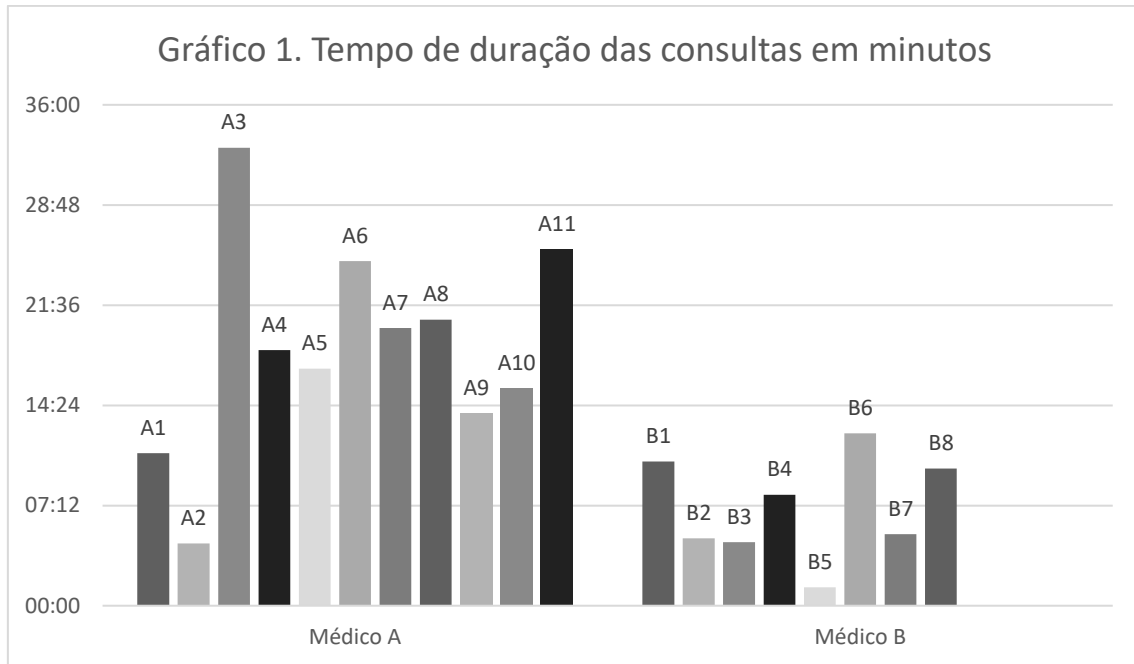
A pesquisa acadêmica é uma das maneiras de alcançar essa compreensão. O mestrado profissional, enquanto modalidade de formação acadêmica, propõe-se a facilitar a inclusão em atividades de pós-graduação de profissionais de saúde que ainda atuam profissionalmente, e possibilitou que este pesquisador levasse a cabo o atual trabalho.

7 ANÁLISE DOS DADOS

7.1 Caracterização das consultas gravadas

Ao longo do estudo, gravamos um turno de atendimento com cada um dos dois médicos participantes. Os turnos de atendimento faziam parte da semana usual de trabalho dos médicos, numa tentativa de alterar o mínimo possível o padrão das consultas gravadas, e não sobrecarregar os médicos participantes com tarefas que não fizessem parte de seu trabalho cotidiano. O médico A atendeu dezesseis pacientes no seu turno de atendimento gravado, que ocorreu numa sexta-feira à tarde. Dos dezesseis pacientes atendidos, onze aceitaram participar da pesquisa. No turno do médico B, uma terça-feira de manhã, treze pacientes foram atendidos, dos quais oito aceitaram participar da pesquisa. Dos dezenove pacientes participantes no estudo, quatorze eram mulheres e cinco eram homens. Todos eram cadastrados como usuários da clínica da família, o que implica em ser morador da área de cobertura daquela clínica.

As consultas tiveram duração variada, as mais curtas levando menos de cinco e as mais longas mais de vinte e cinco minutos. O gráfico 1 ilustra a variação no tempo de duração das consultas gravadas. O médico A teve, no dia de consultas gravadas, consultas com maior duração, sendo a mais longa com aproximadamente trinta e três minutos. O médico B teve, no seu dia de gravação, consultas mais curtas que as do médico A, sendo a menor delas, B5, com menos de dois minutos. B5 foi uma consulta de retorno para o resultado de exame de imagem solicitado em consulta anterior realizada no mesmo dia, a consulta B2, o que a torna excepcional em relação às demais.



Nas consultas gravadas, ambos os médicos seguiram padrões compatíveis com os modelos de comunicação atualmente em voga na medicina de família e comunidade, com suas consultas organizadas de forma semelhante aos tempos de consultas discutidos no item 4.1 deste trabalho. Os dois iniciaram suas consultas com perguntas abertas; falaram pouco no início da consulta, deixando o paciente a vontade para expor os motivos pelos quais veio ao consultório; exploraram preocupações e expectativas dos pacientes, bem como questões contextuais (sociais, familiares e ocupacionais); e encerraram as consultas com suas impressões sobre os problemas de saúde dos pacientes, seguidas de propostas de planos de ação para esses problemas. Ou seja, ambos provavelmente seriam considerados bons comunicadores pelos padrões atuais de comunicação médico-paciente na medicina de família e comunidade.

7.2 A democratização do discurso na comunicação

“Falamos apenas através de determinados gêneros do discurso, isto é, todos os nossos enunciados possuem formas relativamente estáveis e típicas de construção do todo” (BAKHTIN, 2011, p. 282). De acordo com o pensamento de Bakhtin, nos comunicamos por meio de formas linguísticas estáveis, que podem ser mais ou menos adequadas a cada uma das

diferentes esferas sociais nas quais atuamos. Essas formas estáveis de enunciados são os gêneros do discurso. Ao entrar no consultório, médico e paciente já tem, mesmo que inconscientemente, expectativas sobre a forma da linguagem que será usada naquele espaço. Embora essas expectativas possam variar em função de experiências pessoais e contextos sociais diferentes, existe uma construção social sobre como é feita a comunicação entre médico e paciente no consultório, o que confere a essa comunicação um gênero de discurso próprio.

Cada esfera de atuação humana conhece gêneros de discurso apropriados às suas necessidades particulares, e isso não seria diferente na medicina. Médicos comunicam-se de forma específica para cada situação que envolve sua atividade profissional, como em discussões entre pares, na comunicação com os pacientes, no ensino de residentes, ou na escrita de artigos científicos. Os diferentes gêneros usados nessas atividades permitem a expressão de estilos individuais de comunicação em graus variados. Aqueles que exigem maior padronização, como a escrita científica, por exemplo, limitam de forma mais clara a diversidade de estilos possíveis. Nas palavras de Brait (2005, p. 89):

“Uma dada função, seja ela científica, técnica, religiosa, oficial, cotidiana, somada às condições específicas de cada uma das esferas da comunicação, geram um dado gênero, ou seja, um dado tipo de enunciado, relativamente estável do ponto de vista temático, composicional e estilístico”.

Dentro das limitações estilísticas de um gênero de discurso, os estilos individuais, na perspectiva Bakhtiniana, não são entendidos como oriundos exclusivamente da personalidade individual. Estilos são resultado da relação da pessoa com a língua (BRAIT, 2005). Para Bakhtin, a língua e seu uso são campos de disputa social, são o reflexo da organização da sociedade (BAKHTIN, 2011). Logo, o estilo de comunicação é resultado da relação da pessoa

com a sociedade, com seu grupo social e com seu interlocutor (BRAIT, 2005). Esse último tem importância central, já que, ao fazer um enunciado, a pessoa é influenciada pela relação existente com todos os parceiros da comunicação verbal, como o interlocutor real e os presumidos, com o discurso desses interlocutores, discursos de interlocutores passados e presunções sobre o discurso do pesquisador que irá escutar o áudio da consulta.

Cada gênero de discurso corresponde a determinadas atividades sociais, que implicam a existência de certas posições dos sujeitos participantes nessas atividades (FAIRCLOUGH, 2001c). O gênero de entrevista médica pressupõe a existência de uma pessoa na posição de médico e uma na posição de paciente, e a interação entre essas posições implica uma relação de poder específica. Formas de comunicação entre médico e paciente que se afastam do gênero de entrevista e se aproximam de outras formas de discurso, como a conversa cotidiana ou o aconselhamento por exemplo, teriam impacto sobre as posições ocupadas por médico e paciente nessa interação, ou sobre a relação de poder entre eles? Fairclough (2001c, p188) argumenta que "diferentes variedades de entrevista médica não coexistem simplesmente: elas entram em relações de contestação e luta, como parte da luta mais geral em torno da natureza da prática médica". A forma que a comunicação entre médico e paciente assume, ou a construção do gênero de discurso entrevista médica, ou mesmo sua aproximação com outros gêneros de discurso, estaria relacionada então à posição que as pessoas ocupam durante essa comunicação, bem como a relação de poder entre elas.

Nas consultas gravadas para o presente estudo, os dois médicos participantes exibiram estilos de comunicação distintos, mas com uma semelhança relevante. De maneiras diferentes, ambos se afastaram da forma hegemônica de comunicação médico-paciente, o modelo centrado no médico, que é marcado pela assimetria hierárquica na relação entre médico e paciente. Essa característica das consultas analisadas é compatível com uma tendência do discurso

contemporâneo apontada por Fairclough (2001c), a democratização do discurso. Esse autor argumenta que há uma tendência atual de democratização de discursos institucionais por meio da eliminação de marcadores explícitos de assimetria e hierarquia em atividades institucionais que tradicionalmente apresentam marcante assimetria de poder. Podemos observar essa tendência nas consultas dos dois médicos participantes da pesquisa, mesmo que de formas diferentes.

Nas consultas do médico A, a comunicação em geral se deu maneira mais formal, parecendo respeitar com mais rigor os modelos de comunicação ensinados na formação em medicina de família e comunidade. Ao longo das consultas, a forma dos seus enunciados se assemelhou mais ao gênero de entrevista (uma entrevista clínica nesse caso). O médico usou majoritariamente perguntas abertas e breves, aguardando o tempo de resposta dos pacientes antes de fazer novas perguntas. Usando a consulta A10 como exemplo, podemos explorar algumas características das consultas da médica A que podem estar relacionadas à tendência de democratização do discurso na comunicação médico paciente.

Um primeiro ponto a ser analisado é a introdução de tópicos no diálogo. A paciente inicia com um primeiro tópico: sua ansiedade, ligada a escola, que envolveu também o conselho tutelar, e o médico segue explorando esse tópico nos primeiros minutos de consulta.

M: ____, né? Vamo lá então, ____, como é que eu posso te ajudar?

P: é:é que eu sofro d:e crise de ansieda:de. Aí pediram- primeiro sofri lá na escola, aí eles tentaram me ajudar lá e pediu pra eu ir pro conselho tutelar. Aí no conselho tutelar- aí nessa semana eu sofri umas três crises, que ficou piorando. Aí pediram pr:a encaminhar pra cá. E eu tô tentando encaminhamento pro psicólogo e psiquiatra. É, acho que psicoterapeuta, né.

M: Me conta um pouquinho mais dessa, é, desse quadro de, de crises, é isso? Como é que

P: [Falta de ar, no peito, choro, só choro, é:é, foi do nada, só fiquei tonta, eu tava conversando com meu amigo, tirando foto com ele, aí eu abracei ele e comecei a chorar, chorar. Eu fiquei se tremendo, fiquei com falta de ar, e depois

só fiquei piorando. Fiquei tonta, com vontade de vomitar, e nas últimas vezes também foi a mesma coisa, só que pior, com mais falta de ar.

M: Então aconteceu mais de uma vez. Não foi, não foi uma vez só.

P: Foi, mais de uma.

M: Você tem percebido então que quando você, né, dessas crises, você tem percebido que você fica com falta de ar, né. Ah, tem crises de choro, né. Que mais que você sente?

P: Sinto- eu fico enjoada e tonta. Muito tonta.

M: Uhum

P: Que as vezes parece que eu desmaio, mas o pessoal não fala que eu chego a desmaiar não, mas eu vejo tudo preto.

M: Parece que você não tá ali, né.

P: [Não tô mais no lugar. Só fico ali e eu só sinto a lágrima descendo.

M: Você chega a sentir alguma angústia no peito?

P: Antes. Nesse dia foi a pior crise que eu tive. Eu tava descendo pra ir pra escola e eu, descendo a ladeira, eu fiquei tonta e eu senti uma angústia no peito. Mas do mesmo jeito, eu continuei meu dia normal. Ah, só foi piorando na escola. Ah piorando, ah na hora da saída aconteceu isso que eu abracei meu amigo e desabei.

M: E quando você tem essas crises, tem alguma situação especial, ou é- você contou dessa vez que você tava com seu amigo tirando foto. Assim, era- você esperava que isso fosse acontecer?

P: Não. Eu, eu tava muito sobrecarregada. Antes. Agora eu tô mais- minha mãe tirou umas coisas, umas responsabilidades que tava me deixando mal e tal, tava me fazendo ter essas crises. É, lá na escola mesmo, eu era representante, eu ajudava muito a escola, e sempre, vamos dizer, que eu sofria bullying lá com o pessoal. É, brigava com- pessoal brigava comigo, porque eu tive que apontar de: dos no pessoal que tava aprontando, e tal, recebi ameaça, essas coisas. Fora que eu tava fazendo um curso, do Enem, agora do Enem. E eu só tô no segundo ano, e isso ficou me afetando porque é muita pressão em cima de mim. Ah eu tive briga lá na família do meu pai e na família da minha mãe também. Ah só foi acumulando isso.

M: Então você tem se sentido sobrecarregada, né.

Percebemos, no final do trecho transcrito acima, quando a paciente introduz um segundo tópico para discussão, que são os problemas dentro de casa: “Ah eu tive briga lá na família do meu pai e na família da minha mãe também. Ah só foi acumulando isso.” Após essa fala da

paciente, no entanto, o médico ainda insiste no primeiro tópico da consulta. A partir daí, há uma mudança no padrão de comunicação, que talvez tenha sido influenciada por essa atitude do médico. As perguntas do médico se tornam mais fechadas em sua maior parte, e a paciente passa a desenvolver menos suas respostas, com algumas falas monossilábicas, em contraste com as longas descrições que vinha oferecendo até então. Após mais alguns minutos, o médico pede permissão para continuar no tópico que vinha perseguindo, que lhe é negada, e então adentra o segundo tópico, dos problemas familiares. Essa interação está transcrita no trecho que se segue.

M: Então você tem se sentido sobrecarregada, né.

P: Sim, eu tava. Até o pessoal d: o conselho tutelar, ele, foi um conselheiro lá, conversou comigo e com a minha mãe. Aí a gente tá essas semanas resolvendo já. Eu tô bem melhor. Melhorou em relação de tudo nas minhas costas.

M: Você procurou, foi- como é que foi essa questão do conselho tutelar?

P: Foi a escola

M: Ah, foi a escola que solicitou?

P: Sim

M: Eles perceberam que você não tava bem.

P: Não. foi a escola mesmo que pediu. Eu conversei lá com a coordenadora e com a conselheira da escola e com o conselheiro lá d: o conselho tutelar. Aí eles pediram pra me encaminhar pra mim tomar, acho que foi remédio da psiquiatria. Alguma coisa assim, não sei o que que ele falou. Ele tava conversando mais sobre isso com a minha mãe pra mim não me assustar. Fiquei do lado de fora enquanto ele tava conversando. Minha mãe que comentou assim comigo.

M: mas a conversa, é, você conversou diretamente com o conselheiro.

P: Sim

M: A conversa com ele foi boa pra você?

P: Foi

M: O que que te deixou mais aliviada?

P: Ele me tirou lá dos cargos que a escola não queria me tirar. Com o papel da autorização, aí eu fiquei mais tranquila. É, a escola era o que acho que tava me fazendo mais mal, assim.

M: É, né. O que que tava te deixando sobrecarregada na escola? Cê falou que era representante de turma

P: Representante de turma, é:é, como fala, ser é, lá na minha turma, parece que não tem maturidade, aí os professores não dão conta, aí eles jogam tudo pra cima de mim. Né, a maioria dos professores. Aí eu tive que ajudar lá o pessoal da turma, que não gostava de mim, eu não falo com ninguém. É:é, isso- fazia tarefas de professores, que não era pra mim fazer e várias outras coisas lá na escola. Aí eu tava muito sobrecarregada.

M: Então você, ã:ã é:é, como foi essa questão da, da escola? Como é que chegou:u ... a:a .. cê sempre estudou nessa mesma escola?

P: Não, é, eu tô na estadual. No segundo ano lá. Entrei no ano passado.

M: Entrou no ano passado. Quando você entrou você no início, como é que você se sentiu?

P: É, foi bem melhor do que esse ano. Eu tinha mais amizades, e:u nã:o era representante, então eu não sofria muito, e não era muito sobrecarregada. Conhecia alguns professores, mas era só, era normal, assim, uma aluna normal. Aí esse ano, pessoal da minha turma me candidatou, aí depois aconteceu muitas coisas ali com a minha sala, e só ficou piorando. Aí hoje em dia eu não falo mais com ninguém. Ai, muita coisa aconteceu.

M: Cê quer falar sobre isso?

P: Ai, não me sinto muito afim não, de falar ((quase sussurrando))

M: Tudo bem, mas você vê que isso pode ter influenciado um pouco no que você tá sentindo agora.

P: [Sim

M: Entendi. E em casa, como é que tá?

P: Em casa tá bem melhor que antes. Eu nunca fui de falar com meu padrasto. Minha mãe já tá há seis, sete anos com ele. Eu nunca fui de falar com ele. Agora que ele soube que lá em casa tá meio qu:e- nesses dias eu tava meio qu:e- tava afastada de todo mundo, só ficava no quarto e tal. Aí ele percebeu, aí ele e minha mãe conversou e tal. Aí tá, tá mais ou menos, a gente tá se falando. Fora isso tá tudo normal. Meu problema lá em casa é muito ele, que eu sempre fui brigada com ele e nunca fui de falar com ele.

M: E vocês tão numa relação mais tranquila agora

Os trechos descritos acima lembram a discussão de Mishler (1984) sobre a interação entre a voz do mundo da vida e a voz do mundo da medicina nas consultas médicas. Esse autor descreve a voz do mundo da vida como aquela que fala das experiências das pessoas em seu contexto social, relativas aos eventos e problemas de seu dia a dia. A voz do mundo da medicina, por outro lado, expressa uma atitude científica e tem um interesse técnico pelos

eventos da vida, descontextualizando-os e submetendo-os a regras para classificações baseadas no conhecimento biomédico. Na entrevista médica tradicional, a voz do mundo da vida tende a ser suprimida pela voz do mundo da medicina, e inclusive o paciente tende a favorecer esta última após ser trazida pelo médico para a consulta.

Percebemos em A10 uma consulta bastante aberta à voz do mundo da vida. A paciente relata suas experiências, que são recebidas pelo médico usando linguagem do mundo cotidiano, estimulando a paciente a continuar seu relato inicial e mantendo o diálogo contextualizado na vida cotidiana da paciente. Na segunda metade da consulta, que está transcrita abaixo, no entanto, a voz do mundo da medicina aparece com mais força, quando o médico inicia uma série de perguntas para categorizar melhor a queixa da paciente, seguida de longas falas sobre como deve-se lidar com essas queixas com os recursos disponíveis no sistema de saúde naquele momento. O ganho de força da voz do mundo da medicina nesse momento coincide com a mudança na iniciativa de introdução de novos tópicos na conversa. A partir daqui, o médico toma as rédeas da consulta e tem a iniciativa de incluir novos tópicos a serem discutidos, como experiências prévias da paciente na clínica da família e suas expectativas para essa consulta, que acabam por desencadear o último tópico, dos planos para lidar com as questões trazidas pela paciente nessa consulta.

M: E vocês tão numa relação mais tranquila agora

P: É, sim. Ele lá eu cá, mas tá melhor do que antes....

M: E: e ã:ã, você já tinha vindo pra clínica da família alguma vez?

P: Com essa situação? Não, nunca.

M: Você tinha vindo por outros motivos. Então você te:m, pode dizer que você tem quantos meses mais ou menos que isso aconteceu?

P: Desde Janeiro.

M: Tá, o ano inteiro que você tá se sentindo assim... E, você tinha alguma expectativa ao vir aqui hoje, em relação a esse problema?

P: Não, só... só queria mesmo é o encaminhamento que eles pediram pra mim. Só queria o encaminhamento, que me falaram que ia me ajudar mais, porque eu

pedindo ajuda e conselhos pros meus amigos não é a mesma coisa que um profissional, na hora do desespero.

M: Sim, sim.. Você sente a necessidade de conversar sobre o que está acontecendo

P: [É, eu não sou muito de conversar. Só com poucos.

M: Entendi... Talvez seja um, uma boa ideia. É, bom, eu tô te conhecendo hoje, né. É, especialmente com relação a esse problema.. É:é, proposta, t:á, é:é.... nesse momento, né, assim, você já tá me colocando algumas coisas que já aconteceram, que pode ter te sobrecarregado e parece que você já fez um movimento pra tentar tirar um pouco desse peso, e parece que já tá dando certo de certa forma, né. Então, ã:ã, não precisou, né, de remédio, de alguma coisa assim pra poder, né, ã:ã, pra ter essa mudança. Então, ã:ã, isso é.. algo positivo, vamos dizer assim, né. É:é..... tô querendo dizer no sentido de que talvez a gente não precise começar de cara, né, e talvez possa ser que nunca preci:se, entrar com alguma medicação. Pra esse tipo de problema, mesmo que te gere algum tipo de ansiedade, né, ou algum mal estar, muitas pessoas conseguem tratar só com algumas mudanças no dia a dia. Tá, então você já tava me contando que já teve algumas mudanças positivas, com seu padra:sto, na escola mesmo

P: Sim, ajudou com o conselheiro pedindo pra eu mudar um pouco na rotina. Eu saí do curso também, que estava me sobrecarregando. Aí as crises diminuíram e..

M: [Deu uma melhora

P: É, deu uma melhora

M: Isso pra você tá sendo bom

P: É, tá sendo bom.

M: Perfeito. É:é.... aqui, na clínica, especificamente a gente não tem, é, a gente tem uma psiquia:tra, que faz uma avaliação bastante pontual em algum caso que a gente tem alguma dificuldade pra lidar, né, mas ela não faz aquele acompanhamento, então também não temos psicólogo. O que a gente costuma fazer é um encaminhame:nto, né, se for uma necessidade de psicoterapia a gente tenta encaminhar pra outra unidade, tá. É, é uma possibilidade, né. ã:ã, mas a gente tem algumas limitações, tá. A primeira delas é que nesse momento, é:é, enfim, a gente acabou de sair de uma greve, e um dos motivos foi a falta de pagamento inclusive da internet. Então a gente não tá fazendo alguns encaminhamentos pelo SISREG que a gente precisaria do sistema pra, pra isso. Só em alguns casos- a gente tá priorizand:o nesse momento alguns casos mais, é, mais graves, né. O mais urgente. Mas de qualquer forma... consulta com psicólogo especificamente tem sido algo que tem um tempo de espera maior. E a nossa unidade de referência de psicólogo fica aqui em ramos. E::e, ã::ã, mesma coisa, independente de greve ou não, já há algum tempo a gente tem priorizado algumas situações mais graves, ã, e não é aquela psicoterapia semanal, então dependendo da situação vai fazer acompanhamento uma vez no mês, dependendo se a situação estiver mais grave, encurta essa, esse intervalo, tá. É:é,

mas essa é uma questão. A gente já há algum tempo tem oferecido algumas alternativas, né. Então a gente faz esse encaminhamento pelo SUS, né. No momento isso tá pausado por conta do sistema, mas a gente já fazia algumas alternativas de encaminhamento pra universidades que fazem algum trabalho com psicoterapia, né. Aqui próximo tem duas universidades que fazem isso, né. Uma delas é a de bom sucesso, a _____. Que o que que geralmente eles fazem, os alunos de psicologia do último ano fazem consultas a preço popular. E aí, a, a gente recomenda ligar pra lá antes pra ver a situação do encaminhamento que a gente encaminha. E a outra é, se não me engano, acho que é a _____ aqui do _____ que também acho que faz essas consultas a preço popular. É:é, de qualquer forma, o que eu ia tentar combinar contigo é o seguinte, como eu tô te conhecendo hoje, eu queria marcar um retorno, tá, enfim, a, a, porque, quando tiver qualquer problema né, a, assim, mais urgente, a gente está aqui pra te acolher. Então vou deixar a consulta marcada, mas se você tiver uma situação, alguma crise, ou tiver passando mal, né, ou, agora você tá se sentindo um pouco melhor, mas vamos supor que você sinta alguma piora, o teu ponto de referência vai ser aqui com a gente, tá... Mas de qualquer forma eu queria deixar amarrado um retorno pra gente ver direitinho como é que vai ser essa questão da psicoterapia, né. Porque sendo importante pra você começar pra já, aí a gente poderia ver essas alternativas. Que que você acha?

P: Tá bom.

M: Pode ser? É ... eu vou fazer o seguinte, deixa eu ver uma data aqui mais próxima pra eu conversar com você com mais calma ...(26) Acha que daqui a duas semanas conseguiria vir aqui na parte da manhã?

P: Da manhã? Eu estudo de manhã.

M: Nem se, se der o atestado eles aceitam?

P: Não sei...

M: Pra justificar a falta.. Eu posso tentar marcar também na terça-feira na parte da tarde, mas é um pouquinho mais cedo, das duas e meia. Pode ser?

P: Pode..... ((sons de teclado de computador))

M: Eu esqueci de perguntar, mas a escola chegou a cobra:r, é, alguma justificativa de que você tá fazendo acompanhamento aqui com a gente?

P: Não, só o conselho tutelar que queria que acompanhasse também

M: Tá, se for necessário, a gente faz uma declaração, tá bom?

P: Tá bem

M: Então eu tô deixando aqui marcado pro dia ____ pra ter uma consulta com mais tempo, com mais calma, tá. Não precisa chegar aqui muito mais cedo, pode chegar aqui nesse horário de duas e meia mesmo. A gente conversa, tenta ver essa questão das possibilidades. Se for, se você achar que é possível, né, eu não tenho certeza agora dos valores, mas se for possível pra te adiantar essa questão da, da, da psicoterapia desses lugares a preço popular, a gente pode tentar ver isso e a gente faz o encaminhamento pra você.

P: Tá.

M: Pode ser?

P: Uhum

M: Tá bom, então tá combinado..... Bom final de semana

P: Pra você também.

M: Tchau tchau

A liberdade para introduzir novos tópicos e a frequência com que esses tópicos são aceitos pelo interlocutor são marcadores da relação de poder num diálogo. Observamos nessa consulta dois momentos distintos. Na primeira metade, a paciente compartilha mais do controle sobre os tópicos a serem discutidos, enquanto na segunda metade o médico exerce esse controle de forma mais unilateral. A divisão entre esses dois momentos na consulta A10 coincide com a alternância de forças entre a voz do mundo da vida e a voz do mundo da medicina. A maior receptividade à voz do mundo da vida na primeira metade da consulta, acompanhada de maior equilíbrio no controle sobre os tópicos discutidos, quando comparado à consulta médica tradicional, pode ser entendida como uma forma de democratização do discurso da medicina, nos termos de Fairclough? Acreditamos que sim. O controle sobre os tópicos introduzidos e aceitos num diálogo é um marcador de poder importante, e sua flexibilização poderia ser interpretada como um passo na direção da democratização desse discurso.

Encerrando essa discussão sobre a consulta A10, vamos iniciar a análise de uma das consultas gravadas do médico B, considerando também os marcadores de assimetria de poder nessa consulta.

O médico B, nas consultas gravadas para este estudo, apresentou estilo mais informal de comunicação, usando linguagem mais coloquial ao conversar com os pacientes, permitindo-se mais risadas e demonstrações de intimidade. O diálogo nessas consultas em muitos momentos se afastou do formato de entrevista, estando mais próximo de uma conversa

coloquial, com falas mais curtas e troca mais intensa de turnos de fala entre os participantes, com sobreposição mais frequente de falas. Vamos usar a consulta B4 como exemplo. Nessa consulta, o formato de comunicação, que se aproxima mais de uma conversa cotidiana enquanto gênero de discurso, aponta para a democratização desse discurso, pois, como argumenta Fairclough (2001c), “A tendência de eliminar marcadores explícitos de poder está intimamente ligada à tendência a informalidade.” O início da consulta B4 está transcrito a seguir.

M: _____, como é que eu posso te ajudar hoje?

P: Primeiramente, eu- acho que menina já tava- tô sempre falando com o _____, né. Eu fiz uma operação de hérnia do lado esquerdo, mas só qu:e quarenta e cinco dias depois ela voltou pro lado direito.

M: E:e, rapaz

P: Aí ficou meio estranho. Aí então eu queria ver, é- mas o _____ me, o _____ me enviou lá pra clínica _____

M: Sim

P: Fui lá com o, com o urologista e tal. Ele passou uns exame, inclusive ele passou uma ultrassonografia da próstata. E eu queria saber como é que a clínica da família pode fazer pra eu conseguir esse exame.

M: Calma aí. Esse aqui ele te encaminhou pra resolver a hérnia porque

P: [Não, não. Pra resolve:r a próstata

M: Ele te encaminhou pra ver esse negócio da próstata.

P: Da próstata. A hérnia é que apareceu depois.

M: ã;ã

P: Entendeu?

M: Entendi.... Mas como que- tá. E:e fora isso aqui, tu precisa de alguma outra coisa?

P: Não, é, só vim p-

M: [E diz uma coisa. Essa hérnia, o _____ já te encaminhou pra isso

P: Não. Isso aqui ele nem viu ainda.

M: Então é a primeira vez que tu ta falando dessa hérnia aqui.

P: Exatamente, é a primeira vez que tô falando dessa hérnia aqui.

M: Ele te encaminhou foi pro urologista, né. E o que que cê tem na próstata, cê sente alguma coisa? Tem alguma coisa te incomodando

P: [É, eu acho que ela t:á acima do normal... tá bem dilatada, né. Então o urologista passou os exames. Ele passou essa ultrassonografia pra mim retornar lá no mês de janeiro. Então eu tenho que tá com esses exames todos prontos no mês de janeiro.

M: Certo.. É:é

P: [Agora, eu vim procurar aqui porque essa hérnia, ela veio com dor

M: Tá doendo

P: É, tá sempre me doendo aqui na base

Nesse início de consulta, podemos perceber como a troca de turnos de fala é bem mais intensa que na consulta A10, analisada anteriormente. Médico e paciente têm falas mais sucintas e tomam a palavra interrompendo um ao outro, gerando diversas sobreposições de fala. Na quarta fala do médico, o paciente o interrompe para corrigi-lo e depois o interrompe mais duas vezes até esse momento da consulta. Ambos os participantes no diálogo parecem se sentir à vontade para interromper, corrigir e questionar um ao outro. O médico também interrompe o paciente em uma de suas falas no trecho transcrito acima e tanto médico como paciente repetem essa ação no trecho que segue abaixo.

P: É, tá sempre me doendo aqui na base

M: É, a gente vai dá uma examinada nisso aí. Deixa eu só vê quem tá batendo aqui ((barulho de porta se abrindo; conversa ininteligível entre o médico e terceira pessoa; porta se fechando)). Deixa eu te falar, _____, sobre esse ultrassom aqui, não vai ter como a gente resolver hoje. Porque a gente pede esse aqui pelo SISREG e a gente tá sem internet pra pedir. Então tu vai ter que dar uma segurada na on:da, quando voltar tu vai falando com a agente de saúde e: “a, voltou a internet e tal”, aí depois a gente tenta resolver isso aqui.

P: A agente sempre liga pra mim e eu falo com ela.

M: [Pronto. Aí cê fica em comunicação aí, quand:o resolverem pagar nossa internet aí de novo a gente consegue resolver isso aí. Mas vamos ver esse outro problema aí.

((conversa ininteligível entre médico e pessoa que abriu a porta novamente))

M: Essa outra hérnia do lado esquerdo foi quando que você operou, faz tempo?

P: Operei no dia doze de agosto.

M: Desse ano?

P: Desse ano, é...(24)

M: Vamo dá uma olhadinha? Vo tranca aqui a porta pra gente examinar, tá... Deita aqui. Deixa eu botar a escadinha aqui procê..... Deita aí..... Tá com a urina presa pra fazer xixi?

P: Não, porque eu tô tomando remédio

M: [O remédio de próstata.

P: É, o remédio de próstata. Melhorou que é uma beleza.

M: Abaixa aí pra ver...

P: Era desse lado e agora foi pra esse

M: É:é, não, dá pra ver aí. É volumosa até, né. Tem que operar de novo... Operar do outro lado agora.

P: É...

M: Dá uma soprada assim na mão.... Aí ó

P: Deitado assim é menor. Quando levanta

M: Tem pegado peso, muito peso, ou alguma coisa assim?

P: Não, não, não. Tenho evitado peso.

M: É, tem que ser, né..... ((sons de cadeiras arrastando)) O urologista te explicou por que era preciso esse ultrassom?

P: Não, cara. Ele só (.....)

M: [Eu não sei nem se isso vai influenciar muito no teu tratamento não

P: É?

M: Eu acho que esse ultrassom não vai nem influenciar muito

P: [Não, é porque o ultrassom eu tenho- eu preciso pra levar pro médico, que ele passou.

M: Não te explicou o motivo..

P: Não. Falou que era

M: [E tu nem perguntou também..... ((sons do teclado do computador))

P: Esses foram os exames que ele me passou ((quase sussurrando)) ... (30) Esses foram os exames que o doutor requisitou, né, em janeiro pra ver o que vai fazer.

M: Tá, esses aí são mais tranquilos, o ultrassom é que demora mais um pouquinho.

P: Demora, né.

M: É, vamo ver se a internet volta até lá, né. Que a gente precisa ver isso aí, tá bom. Aí que eu vou fazer hoje, _____. Eu vou fazer o teu- a solicitação do encaminhamento, tá, pra cirurgia. Que realmente tem uma hérnia inguinal volumosa aí do outro lado agora. Aí a gente precisa do tratamento, que só tem um que é a cirurgia, né.

P: [A cirurgia, né.

M: Não tem outro tratamento.

P: Eu operei lá no _____. Foi uma beleza, foi tranquilo.

M: [Foi tranquilo, né. Pronto. Aí que eu vou fazer, eu vou fazer aqui o, a solicitação, e aí assim que voltar a internet eu vou tá te inserindo pra lá.

P: Tudo bem.

M: Tá bom?

P: Tá legal...

M: E aí por enquanto eu vou te pedir mais pra aguardar mesmo. Assim que marcar isso aqui as meninas te entregam. Igual como deve ter sido da outra vez lá. Quando marcar as meninas te entregam, e aí tu vai conversando com elas pra gente tentar resolver isso daí quando voltar essa internet.

P: Tudo bem.

M: Tudo bem, _____?

P: Tá legal.

M: Beleza, bom dia.

P: Muito bom, bom dia pra você também.

Em relação a interação entre as vozes do mundo da medicina e da vida, na consulta B4 o paciente já inicia a consulta com falas que relacionam os seus problemas ao sistema de saúde. Os assuntos abordados pelo paciente não estão muito bem contextualizados em sua vida cotidiana, sendo sempre discutidos sob a ótica da medicina, evocando trâmites burocráticos de encaminhamentos e necessidade de exames complementares. O médico mantém a conversa nos termos iniciados pelo paciente, e a voz do mundo da medicina parece prevalecer ao longo de toda a consulta.

Outra característica da consulta B4 que merece ser analisada é a estrutura de troca de informação na consulta. Mishler (1984) argumenta que a consulta médica é tradicionalmente organizada da seguinte forma, no que tange a troca de informações: o médico faz uma pergunta, o paciente responde, e o médico recebe/avalia a resposta do paciente. Essa estrutura se repete indefinidamente e mantém o médico no controle do conteúdo e do desenvolvimento da consulta. Em B4, essa estrutura está presente de forma muito mais intensa que na consulta A10, analisada anteriormente. Assim, por mais que nas consultas gravadas do médico B existam aspectos relacionados à tendência de democratização do discurso, encontramos também marcadores de assimetria de poder bastante explícitos. A seguir analisamos novamente o início da consulta B4, mas agora com foco na estrutura de troca de informação entre médico e paciente.

Na abertura da consulta, o médico faz uma pergunta de forma clara sobre o motivo da visita do paciente, que conta uma breve história sobre sua hérnia abdominal:

M: _____, como é que eu posso te ajudar hoje?

P: Primeiramente, eu- acho que menina já tava- tô sempre falando com o _____, né. Eu fiz uma operação de hérnia do lado esquerdo, mas só qu:e quarenta e cinco dias depois ela voltou pro lado direito.

M: E:e, rapaz

O médico recebe a resposta do paciente com uma interjeição, “E:e, rapaz”, que também serve como convite para que o paciente continue falando:

P: Aí ficou meio estranho. Aí então eu queria ver, é- mas o _____ me, o _____ me enviou lá pra clínica _____

M: Sim

P: Fui lá com o, com o urologista e tal. Ele passou uns exame, inclusive ele passou uma ultrassonografia da próstata. E eu queria saber como é que a clínica da família pode fazer pra eu conseguir esse exame.

M: Calma aí. Esse aqui ele te encaminhou pra resolver a hérnia porque

A interação se repete uma vez e então o médico parece avaliar a última resposta do paciente como confusa e solicita um esclarecimento sobre a história relatada:

M: Calma aí. Esse aqui ele te encaminhou pra resolver a hérnia porque

P: [Não, não. Pra resolve:r a próstata

M: Ele te encaminhou pra ver esse negócio da próstata.

P: Da próstata. A hérnia é que apareceu depois.

M: ã;ã

P: Entendeu?

M: Entendi.... Mas como que- tá. E:e fora isso aqui, tu precisa de alguma outra coisa?

Agora o médico parece ter conseguido uma resposta que considera adequada para a pergunta que tinha feito anteriormente, e demonstra isso para o paciente por meio de outra interjeição, “ã;ã”. O paciente ainda confirma se o médico compreendeu a explicação, o que é confirmado pelo médico, seguindo com nova pergunta:

M: E:e fora isso aqui, tu precisa de alguma outra coisa?

P: Não, é, só vim p-

M: [E diz uma coisa. Essa hérnia, o ____ já te encaminhou pra isso

Dessa vez, após o início da resposta do paciente o médico parece já ter conseguido toda a informação de que precisava e o interrompe (ou seja, avaliando que já tem uma resposta satisfatória) com nova pergunta: “E diz uma coisa. Essa hérnia, o ____ já te encaminhou pra isso”.

P: Não. Isso aqui ele nem viu ainda.

M: Então é a primeira vez que tu ta falando dessa hérnia aqui.

P: Exatamente, é a primeira vez que tô falando dessa hérnia aqui.

M: Ele te encaminhou foi pro urologista, né. E o que que cê tem na próstata, cê sente alguma coisa? Tem alguma coisa te incomodando

Nesse ciclo de interação o médico repete algumas vezes a pergunta de formas diferentes, necessitando confirmar a informação relatada pelo paciente e, após se convencer de sua exatidão, inicia outro ciclo de perguntas, respondidas pelo paciente e avaliadas por ele:

M: E o que que cê tem na próstata, cê sente alguma coisa? Tem alguma coisa te incomodando

P: [É, eu acho que ela tá acima do normal... tá bem dilatada, né. Então o urologista passou os exames. Ele passou essa ultrassonografia pra mim retornar lá no mês de janeiro. Então eu tenho que tá com esses exames todos prontos no mês de janeiro.

M: Certo.. É:é

Essa estrutura de pergunta do médico, resposta do paciente e avaliação do médico, com suas possíveis variações, repete-se razoavelmente inalterado na maior parte da consulta B4. Nessa consulta, a estrutura de troca de informações e a prevalência da voz do mundo da medicina são ainda marcadores de controle do médico sobre a comunicação. Por outro lado, a tendência à informalidade na consulta e aparente liberdade do paciente em interferir nas falas do médico apontam para uma forma de democratização dessa comunicação.

Identificamos então, à luz da discussão de Fairclough sobre democratização de discursos institucionais, que nessas duas consultas analisadas encontramos tanto marcadores de assimetria de poder presentes, como quebras de alguns desses marcadores. Podemos nos perguntar se essas consultas apontam no sentido da democratização do discurso na consulta médica, ou se as mudanças observadas não são suficientes para tanto. Outra pergunta relevante deve-se seguir a esta. No caso de argumentarmos por uma tendência no sentido da democratização do discurso nessas consultas, a eliminação de marcadores explícitos de poder no discurso está atrelada à redução real de assimetria de poder nessas relações, ou não passa de uma mudança aparente, sendo esses marcadores substituídos por formas mais sutis de controle do discurso? Fairclough (2001c) argumenta que essa mudança pode em alguns casos ser apenas aparente, mas pode também ser substancial, e o simples fato de existirem mudanças no discurso

no sentido de sua democratização indica que há luta sobre o seu controle. Tal argumentação é compatível com o entendimento do discurso enquanto campo de disputa social, sendo tanto meio de mudança na sociedade quanto reflexo de mudanças sociais, na perspectiva de Bakhtin e colaboradores (1997).

7.3 Contexto social e indivíduo

O discurso é inevitavelmente ideológico (BAKHTIN et al., 1997). Especificamente sobre o discurso observado no encontro entre médico e paciente, o conteúdo ideológico da linguagem está primariamente na conversão de problemas sociais em problemas técnicos, a serem resolvidos com intervenções biomédicas (WAITZKIN, 1991). Nas consultas analisadas neste trabalho, pudemos observar também esse conteúdo ideológico, evidenciado nas tensões entre contexto social e indivíduo.

Usemos como exemplo a consulta B6. Nesta consulta, uma senhora de setenta e cinco anos retorna ao médico relatando melhora dos sintomas de uma infecção urinária tratada em consulta anterior, solicitando renovação da receita de benzodiazepínico, que usa para se acalmar, além de queixar-se de dores no corpo. As dores se tornam o principal problema abordado nesse encontro. Médico e paciente exploram as causas da dor no ombro, abordando questões diversas, do muscular ao social; e procuram soluções para o problema, incluindo propostas de prática de atividade física, uso de medicações e práticas integrativas e complementares na saúde, como acupuntura.

Após os dois minutos iniciais da consulta B6, durante o exame físico, médico e paciente conversam sobre as rotinas de trabalho doméstico da paciente, que podem estar exacerbando as dores no ombro que a trouxeram para a consulta:

M: Baixa aqui, deixa eu ver

P: Aí, tá vendo? Senti que tá doendo, ó

M: É:é?(14) ela, a dor fica só- o repuxado é só aqui ou responde em algum lugar?

P: Nã:o, é só aqui

M: Do outro lado também, não?

P: Não, é aqui

M: Desse lado aqui Aqui, aqui sente repuxar? Mais aqui

P: Mais aqui, é ... (27)

M: Os remedinho tá tomando tudo direitinho, né, dá pressão que a senhora falou. Tá bom, pode levantar É esse movimento aqui, né, de quando vai na roupa aqui

P: É, é. Que ela vai ali alta, aí eu levanto a mão assim, ó. Aí tem hora que dá um nó assim e eu “ai, meu Deus, como é que eu vou baixar?”

M: Então, que que cê tá achando que é isso?

P: Não sei. Que que é isso?

M: então, tá me parecendo que isso é mais muscular mesmo. Não tá me parecendo ser nada de dentro da barriga não, dos órgãos inte:rnos, na palpação

P: [Que é assim, tem hora que me dá uma dozinha assim ó ... parece que eu tô querendo ganhar um nenê ((risos de ambos))

M: ai ai ai

P: ai ai ai. Mas eu falei assim “meu Deus, mas eu tenho que ver o que que é isso”, mas aí eu, a outra vez que eu vim no médico, eu não sei se é aqui ou na outra sala, se eu podia pegar pe:so, não sei se eu podia pegar peso não

M: Tu tem feito muitas coisas de casa assim, muitas coisas de rou:pa, desse trabalhos

P: Eu lavo roupa na mão

M: Na mã:o?

P: Na mão

M: Mas é, ____, tá parecendo muito muscula:r assim, quando tu movimenta, quando tu estica assim a musculatura aqui da, do, do abdome e aí dá essas dor, dor muscular dá muito essas coisas de repuxar e tudo mais. Que que eu ia te propor, eu ia deixar um remedinho pra gente ver se resolve

Ao fim do trecho transcrito acima, o médico pergunta sobre os trabalhos domésticos da paciente: “Tu tem feito muitas coisas de casa assim, muitas coisas de rou:pa, desse trabalhos”.

A paciente responde dizendo que lava roupa na mão, ao que o médico reage ecoando as palavras

da paciente, prolongando a última sílaba e em tom de pergunta, o que interpretamos como uma demonstração de surpresa. A paciente parece ter interpretado a reação do médico da mesma forma, pois repete suas próprias palavras, confirmando a informação anterior, seguido de seis segundos de silêncio na consulta. Nesse momento, médico e paciente parecem ter chegado ao entendimento de que as tarefas domésticas da paciente são relevantes para as suas queixas, mas, após os seis segundos de silêncio, essas tarefas não são mais abordadas. O que se segue é uma fala do médico sobre a provável origem muscular das dores e a proposta de aliviá-las com medicamentos.

O trabalho doméstico ocupa cerca de três a quatro mil horas à cada ano da vida de uma dona de casa (DAVIS, 1983). Esse trabalho é composto por tarefas “invisíveis, repetitivas, exaustivas, improdutivas e nada criativas” (DAVIS, 1983, p. 225), que de forma geral não são reconhecidas ou valorizadas no âmbito social ou familiar. A diferença do trabalho doméstico/reprodutivo para o trabalho remunerado, de acordo com Federici (2019, p. 42), é que ele não foi apenas imposto às mulheres, mas “transformado em um atributo natural da psique e da personalidade femininas, uma necessidade interna, uma aspiração, supostamente vinda das profundezas da nossa natureza feminina”. O trabalho doméstico, portanto, não é socialmente entendido como trabalho, mas como uma função natural das mulheres no lar.

Poderíamos nos perguntar, por exemplo, se a paciente B6 lava as roupas da família na mão porque não tem dinheiro para comprar uma máquina de lavar, ou porque acha que assim elas ficam mais limpas, ou mesmo porque na sua família as roupas sempre foram lavadas assim, ou qualquer outra razão que a faça preferir lavar roupas dessa forma. Não temos material empírico para responder a essa pergunta, mas argumentamos que mesmo que seja uma decisão individual, não restringida por questões financeiras, a decisão da paciente B6 por lavar roupas na mão deve ser analisada sob a luz do trabalho doméstico atrelado à imagem socialmente construída de mulher. Independente dos motivos pelos quais essa mulher exerce o trabalho

doméstico dessa forma, ela executa um trabalho exaustivo a ponto de lhe provocar lesões musculares, nem mesmo reconhecido como trabalho, não tendo acesso, por exemplo, a atestado médico ou afastamento por motivos de doença ocupacional para que consiga se recuperar adequadamente.

O silêncio na consulta, seguido de retorno à interpretação biologicista das dores enquanto fenômeno muscular, a ser tratado com comprimidos, é reflexo também da construção social acerca do trabalho doméstico. Há um entendimento social, replicado nessa consulta, de que esse tipo de trabalho é inerente às mulheres. Acompanhando a consulta, percebemos que essa mulher continuará a desempenhar as funções domésticas em casa, não há como mudar isso. Logo, a proposta de amenizar as dores decorrentes desse trabalho para que ela continue desempenhando essas funções, sem interferir na causa das dores, ou o trabalho doméstico em si, não é diretamente questionada por nenhuma das partes e parece ser tratada como único curso de ação possível.

Alguns minutos após o trecho transcrito acima, já chegando ao fim da consulta, médico e paciente abordam a prática de atividade física como proposta terapêutica para a paciente:

M: é, ó, é, tu acha que tinha como fazer assim, algum exercício, alguma coisa? Acho que ia ajudar.

P: Não, eu vou fazer. Eu tenho o papel lá da _____. Eu tenho que ir pra lá

M: Tá se programando já pra fazer?

P: Vou levar o papel lá agora. Mas tá muito cheio, nossa.

M: Mas vai fazer bem, né.

P: Vai.

M: Até pressas dores musculares que a senhora tá sentindo

P: É, quando eu ando eu me sinto bem. Aí dizem “você anda igual cabrito”. Deixa eu andar

M: Então tá aqui a receita, tá. Esse daqui digitado é o que não tem aqui. Você vê só se vai continuar te incomodando e faz as compressinhas mornas aqui também.

P: Tá bom.

M: Atividade física costuma ajudar bastante também nesse caso. Se você puder começar vai ser bom.

P: Caminhar um pouquinho

M: [i:sso, ou hidrogenástica, uma caminhadinha, qualquer atividade aeróbica.

P: Até pra não engordar, né

As contradições do contexto social da paciente aparecem também no segundo trecho da consulta reproduzido acima. Considerando a provável origem muscular de suas dores, a abordagem terapêutica sugerida pelo médico inclui a prática de atividades físicas para fortalecimento muscular, mas a paciente parece enfrentar dificuldades para acessar equipamentos sociais propícios à essa prática. Ela demonstra como esses equipamentos sociais são disputados na região onde mora quando diz ao médico: “Vou levar o papel lá agora. Mas tá muito cheio, nossa.”

A mensagem que identificamos na consulta B6 parece ser a seguinte: sabemos que os problemas de saúde da paciente estão relacionados à fatores múltiplos, dentre eles questões sociais sobre as quais você, sozinho, não tem controle, mas esperamos que você seja capaz de tomar atitudes para resolvê-los.

Existe nessa mensagem uma contradição. Há aí uma voz dizendo que os sintomas da paciente têm causas também em limitações do seu contexto social, e outra voz que espera que ela as resolva individualmente. A coexistência dessas duas vozes antagônicas num mesmo discurso lembra o conceito de polifonia do discurso (BAKHTIN et al., 1997). O discurso é polifônico pois as pessoas não se dão conta de que as ideias que enunciam foram historicamente construídas a partir das ideologias circulantes na sociedade, que não necessariamente são compatíveis entre si. Assim, podemos observar, num mesmo discurso, uma concepção de saúde influenciada pelas teorias dos determinantes sociais de saúde, ou mesmo de determinação social da saúde (MORALES-BORRERO; BORDE; ESLAVA-CASTAÑEDA, 2013), mas que ao

mesmo tempo não considera mudanças nesses determinantes sociais no momento de pensar soluções para os problemas de saúde individuais.

Todo esse movimento de transformação de questões de saúde provocadas em grande parte pelo contexto social para situações que requerem soluções individuais não aparece apenas no discurso do médico. As ideologias hegemônicas na sociedade também afetam a forma como pacientes enxergam sua saúde. Se entendermos que em nossa sociedade a saúde da pessoa é vista como uma responsabilidade individual, é esperado que os próprios pacientes procurem intervenções médicas que desconsiderem qualquer relação do contexto social com sua saúde. Podemos usar a consulta A7 como exemplo para ilustrar essa discussão.

Na consulta A7, uma senhora hipertensa de meia idade procura sua médica para tratar de algumas dores e sensações incômodas em diferentes partes do corpo, além de uma “pisada torta” que foi anteriormente abordada por um ortopedista. Ao longo da consulta, a hipertensão da paciente também é abordada, bem como estratégias para controlá-la e para lidar com suas dores e desconfortos. Aproximadamente nove minutos após o início da consulta, médico e paciente conversam sobre o controle da hipertensão:

M: Só um minutinho que eu acho que o sistema caiu que eu ia verificar agora o resultado do seu exame, e acho que caiu aqui o sistema. É:é, e com relação à pressão, né? É:é o:o, a senhora tá tomando os medicamentos, né? Todos os dias, que a senhora falou.

P: [Tomo

M: É:é, tem alguma outra maneira que a senhora tem feito pra: a, pra cuida:r da, da saúde, do corpo?

P: Não ((irritada e enfaticamente)). Não, eu não tenho. Não tenho. Só tomo mermo o medicamento.

M: Eu digo assim, de atividade fí:sica

P: [Atividade, atividade, quando eu vim aqui, nem lembro a doutora que me encaminhou, mas, mas eu nem tive tempo d:e fazer essa atividade.

No trecho acima, a paciente A7 mostra-se irritada com sugestão de que deveria iniciar atividades físicas, que aparentemente já havia recebido anteriormente. Diz para a médica que não tem tempo para essas atividades, explicitando os limites que seu contexto social impõe para as propostas terapêuticas disponíveis. Num outro trecho da mesma consulta, durante uma conversa sobre controle de hipertensão, essa paciente explica suas preferências pelo tratamento que recebia em outro serviço de saúde, um centro de especialidades, antes de passar a ser atendida na clínica da família:

M: Vamo lá. Posso aproveitar que a senhora está aqui e dá uma olhada na sua pressão? Eu esqueci de perguntar se a senhor:a, se a senhor:a

P: [É, eu tomo .. Eu queria até pedir a receita, porque eu não trouxe a receita. Minha receita já tá velha. Eu tom:o o Enalapril e:e o Anlodipino ..

M: Perfeito. Vou pedir para a senhora apoiar os dois pés no chão, tá. Relaxa os ombros, relaxa a mã:o ...(40) ((barulhos de medida de pressão arterial)) Hoje ela tá dezessete por oito. Ela tem ficado em que faixa mais ou menos?

P: A minha pressão é sempre assim.

M: Ela tem ficado sempre assim?

P: Sempre assim .. Alta

M: Não, o:o é o o:o, a segunda, a gente fala duas pressões, né? A primeira, né? Que a gente, é:é, e a segunda. A segunda tá normal, né? O oito. O dezessete que tá batendo um pouquinho na trave.

P: A última vez que eu tirei, ela tava também assim, mas tava mais alta. Tava dezoito.

M: Tava dezoito? Então ela já tem vindo assim há algum tempo. Deixa eu dá uma olhadinha aqui como é que tá o seu coraçã:o

P: Minha dúvida é essa, porqu:e quando a gente era lá do _____, a gente, principalmente quem tinha problema de hipertensão, a gente tinha carteirinha e tudo, de hipertenso, então a gente ia no médico duas vezes no ano, de seis em seis meses. Mas depois que passou pra cá a gente não tem esse controle. Aí eu fico preocupada, porque pra mim quando eu sinto que eu tô alterada de alguma coisa eu tenho que vim aqui pra podê ..

Nesse momento, o médico interrompe a paciente para propor que ela faça um controle mais organizado da pressão arterial por meio de uma caderneta que os agentes de saúde

distribuem para os pacientes portadores de hipertensão. Para além dos desdobramentos desse diálogo para o tratamento da paciente, o que chama atenção no trecho acima é a última fala da paciente A7. Apesar de ter anteriormente se mostrado irritada com as sugestões da médica para que inicie uma rotina de atividades físicas regulares, a paciente parece desejar o contato com serviço de saúde de forma recorrente e entender que esse contato é indispensável para a sua saúde.

Essa postura da paciente em relação aos cuidados com sua saúde é reforçada alguns minutos adiante na consulta, quando o médico volta a abordar a hipertensão de A7. Ele sugere novamente que ela faça atividades físicas, mas acrescenta que, caso a paciente não consiga fazê-las, deve procurá-lo novamente para que as doses dos anti-hipertensivos sejam aumentadas para controlar adequadamente sua pressão arterial. A paciente reforça sua aprovação para essa última sugestão, pois entende que o acompanhamento médico frequente é necessário para a sua saúde:

M: Tá ... Olha, é, Dona ____, a sua pressão tá alta, mas na idade da senhora a gente é um pouquinho mais tolerante com o valor da pressão, mas se ela tem ficado assim já há muitos meses, é, valerá a pena a gente ver o que a gente poderia fazer, né? Por isso que eu perguntei da questão da atividade física, porque a atividade física ajuda também a controlar a pressão, né? Se for uma coisa que tá nos seus planos, de começar a fazer, né? A gente pode inclusive tentar, ã, ã, ver como a senhora fica, né? E adiar um pouquinho, né, esse ajuste das doses do medicamento, né?

P: Uhum

M: Mas, por exemplo, tem pessoas que falam abertamente aqui, falam assim, “olha, no momento eu não estou em condições de fazer atividade física, ou não tenho-

P: [É, porque pra mim fica difícil, por que? Que eu tenho um pai que, que já é de idade, e tudo eu tenho que tá ali pá cuidar dele também. Aí pra mim fica mais difícil. Mas aí eu vou tentar fazer caminhada, que pra mim é melhor porque aí já, de manhã e coisa, porque é o que já devia tá fazendo, né, mas também não tô fazendo.

M: É, caminhada é uma boa, porque

P: [Acho que a caminhada já ajuda alguma coisa, né

M: Ajuda tanto na pressão como ajuda também na questão da glicose que é o que tá te preocupando, como pode ajudar na questão das dores, tá? É, se for uma coisa que está nos seus planos, né, a gente pode manter a medicação como

tá, né, e:e, ã:ã, mas aí eu não esperaria um ano inteiro para rever a senhora. Valeria a pena a senhora voltar aqui em janeiro pelo menos pra gente ver de novo como tá sua pressão. Se a senhora for conseguir por exemplo a caminhada na sua rotina.

P: Uhum

M: Mesmo que não consiga, não tem problema, né. Você voltando aqui me fala, olha, como é que você tá com as medicações, se você conseguiu ou não dá uma caminhada, porque uma, uma, algo que a gente poderia fazer, seria passa:r as medicações para duas vezes ao dia. Não precisa ser as duas ao mesmo tempo, né. A senhora já tá fazendo Enalapril e Anlodipino de manhã, a gente pode passar uma delas a noite também, né. Seria uma alternativa, tá? Mas, é:é, é, não tem pressa pra fazer isso agora nesse momento, mas seria interessante a gente pensar, né, n- não adiar tanto. T- tô querendo dizer o seguinte, n:é, é, de pelo menos a gente se ver em jane:iro, e não deixar pra tão distante a próxima consulta.

P: Porque seria, seria melhor porque eu tenho histórico na família com esses problema, porque na minha família tem histórico bastante de problema de pressão, de problema de coração, então eu fico um pouco preocupada. Aí então, aí ess:e acompanhamento seria bem necessário.

Novamente, em sua última fala no trecho reproduzido acima, a paciente externaliza a importância que atribui às consultas médicas regulares como parte do seu tratamento. Essa paciente então descarta a possibilidade de mudanças em seu estilo de vida que possam contribuir para o controle da hipertensão, aparentemente devido a barreiras impostas por seu contexto social; não questiona abertamente a estrutura que produz essas contradições sociais; e favorece opções mais medicalizadoras, como visitas regulares ao médico e o uso de medicações, que são propostas relacionadas ao modelo biomédico de cuidado em saúde.

Agindo dessa forma, a paciente parece estar atuando de forma contrária aos seus próprios interesses, e aparentemente sem se dar conta disso. Gramsci, nos cadernos do cárcere, propõe que a consciência humana não é autônoma, mas resultado de um processo social (GRUPPI, 1978). Tal processo social é construído a partir de uma hegemonia ideológica das classes dominantes na sociedade. Nas palavras de Gruppi (1978, p. 67-68):

“As classes sociais, dominadas ou subalternas – como diz Gramsci –, participam de uma concepção de mundo que lhes é imposta pelas classes dominantes. E a

ideologia das classes dominantes corresponde à função histórica delas, e não aos interesses e à função histórica – ainda inconsciente – das classes subalternas. Vemos assim a ideologia das classes ou da classe dominante chegar às classes subalternas, operária e camponesa, por vários canais, através dos quais a classe dominante constrói a própria influência ideal, a própria capacidade de plasmar as consciências de toda a coletividade, a própria hegemonia.”

Assim, se a ideologia hegemônica, que obedece aos interesses das classes dominantes, impõe uma concepção de saúde focada no indivíduo e, ainda mais, uma concepção de indivíduo deslocada de seu contexto social, não necessariamente essa concepção será benéfica para os membros das classes dominadas. É esperado, portanto, que as pessoas, ao apresentarem problemas de saúde, procurem soluções a nível individual para esses problemas, pois foram socializadas numa sociedade que assim entende saúde, mesmo que esses problemas de saúde tenham causas contextuais e não individuais.

8 SÍNTESE REFLEXIVA

A expansão da ESF na rede de APS do município do Rio de Janeiro foi acompanhada por investimento na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Na formação em MFC há preocupação em treinar os profissionais em relação à comunicação médico-paciente, já que esse tema é de especial importância para a especialidade. O treinamento em comunicação na MFC geralmente inclui o conhecimento de modelos de consulta e a prática de habilidades de comunicação, habilidades importantes para o trabalho adequado do médico de família e comunidade no consultório. Não é comum entre os médicos de família e comunidade e em seu treinamento, no entanto, maiores reflexões sobre o significado social da comunicação médico-paciente. Neste estudo, nos propusemos a contribuir para tal reflexão. Para tanto, gravamos e analisamos consultas de preceptores em MFC, responsáveis pela formação de novos especialistas e que já foram treinados para se comunicar com os pacientes nos moldes propostos atualmente na especialidade.

Nossa análise teve como marco teórico uma concepção de linguagem como campo de disputa social, permeado por ideologias construídas socialmente, baseada na obra de Mikhail Bakhtin (1997). Partindo dessa concepção de linguagem, usamos o método da análise de discurso de forma a explorar as raízes sociais e históricas do discurso observado no consultório. O número de consultas analisadas não foi de forma alguma exaustivo e não permite que cheguemos a conclusões definitivas sobre o assunto, mas fornece pistas sobre os sentidos e ideologias que permeiam a comunicação médico-paciente na ESF do Rio de Janeiro e acreditamos que esses resultados podem ajudar no direcionamento de futuras explorações nesse mesmo campo.

Exploramos em nossa análise dois temas principais. O primeiro diz respeito a democratização do discurso da medicina presente nas consultas analisadas. Aspectos como a informalidade da comunicação, maior controle sobre os tópicos discutidos e sobre o ritmo da

consulta por parte do paciente e a maior permeabilidade da comunicação médico-paciente à voz do mundo da vida nas consultas são condizentes com a tendência de democratização dos discursos institucionais contemporâneos, como descrito por Norman Fairclough (2001c). Por mais que a democratização do discurso médico possa não ser acompanhada pela democratização da relação médico-paciente na mesma medida, acreditamos que existe mudança nesse sentido. Entendemos também que, sendo o discurso reflexo e causa da organização das relações sociais, mudanças no discurso indicam que essas relações estão sob disputa. Apesar dessa análise otimista, é importante frisar que a democratização de discursos institucionais em relações nas quais há assimetria de poder, como na relação médico-paciente, não acompanhada de horizontalização dessas relações, pode ter efeitos negativos, mascarando as relações de poder em jogo e impedindo que elas sejam percebidas e disputadas pelas partes envolvidas.

O segundo tema analisado foi a relação entre o contexto social e o indivíduo. Exploramos como médico e paciente, socializados em concepções de indivíduo e saúde predominantemente liberais, acabam por esperar soluções individuais para os problemas de saúde apresentados nas consultas, mesmo que esses problemas tenham causas na estrutura da sociedade, ou que a solução individual proposta seja impossibilitada pelo contexto social do paciente. Nas consultas usadas como exemplo em nossa análise, o contexto social exibido incluía os efeitos do trabalho na saúde da paciente, e nesse caso o trabalho doméstico, que é uma forma especialmente desvalorizada e negligenciada de trabalho. Também foram abordadas limitações relacionadas à saúde impostas aos pacientes por seu contexto, e como nem os próprios pacientes questionam a existência e o motivo dessas limitações quando confrontados com as opções de abordagem para seus problemas de saúde.

Considerando as discussões propiciadas por nossa análise, entendemos que uma comunicação médico-paciente que reproduza contradições da estrutura social sem refletir sobre elas seria discordante de práticas médicas que se proponham a ser centradas no indivíduo. Para

além de melhorar nossa comunicação com o paciente por meio do domínio de modelos de consulta e do uso de habilidades específicas, devemos considerar o significado social do que é dito em nossas consultas. Reflexões sobre os sentidos e ideologias circulantes no consultório devem estar presentes na produção da MFC sobre comunicação médico-paciente e nos processos educacionais formativos de novos médicos de família e comunidade, assim como naqueles voltados aos demais profissionais (ou médicos) que atuam nas unidades básicas de saúde municipal. Poderíamos assim, enquanto médicos, contribuir para a movimentação de pacientes e dos próprios médicos na direção da construção de soluções coletivas e compartilhadas para problemas de saúde, considerando a estrutura social atrelada a eles e a autonomia das pessoas envolvidas.

REFERÊNCIAS

- ARYA, N. et al. Family medicine around the world: overview by region. **Canadian Family Physician**, v. 63, n. 6, p. 436–441, jun. 2017.
- AUGUSTO, D. K. et al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–4, 7 jun. 2018.
- BACHMANN, C. et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. **Patient Education and Counseling**, v. 93, n. 1, p. 18–26, out. 2013.
- BAKHTIN, M. Os Gêneros do Discurso. In: **Estética da Criação Verbal**. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.
- BAKHTIN, M. M. et al. **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BALINT, M. **O Médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. Rio de Janeiro, Brazil: Atheneu, 2005.
- BORRELL CARRIÓ, F. **Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. [s.l.: s.n.].
- BRAIT, B. Estilo. In: **Bakhtin: Conceitos chave**. 1. ed. São Paulo (SP): editora Contexto, 2005. p. 79–102.
- BRANDÃO, N. A.; DIAS, E. F. A Questão da Ideologia em Antonio Gramsci. **Trabalho e Educação**, v. 16, n. 2, 2007.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico. . 1988.
- BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). . 21 out. 2011, Sec. 1.
- BRASIL. Portaria No. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . 22 set. 2017, Sec. 1, p. 68–76.
- CAMPOS, R. T. O. et al. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. **Tratado de saúde coletiva**, v. 170, p. 669–688, 2006.
- DAVIS, A. Y. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 1983.
- ENGEL, G. The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, 1977.

FAIRCLOUGH, N. Intertextualidade. In: **Discurso e Mudança Social**. 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001a.

FAIRCLOUGH, N. Teoria Social do Discurso. In: **Discurso e Mudança Social**. 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001b.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001c.

FEDERICI, S. Salários contra o trabalho doméstico. In: **O ponto zero da revolução: Trabalho doméstico, revolução e luta feminista**. 1. ed. São Paulo: Elefante, 2019.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009a.

FLICK, U. Entrada no Campo. In: **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009b.

FLICK, U. Base epistemológica: construção e compreensão de textos. In: **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009c.

FLICK, U.; KARDORFF, E. VON; STEINKE, I. (EDS.). **A companion to qualitative research**. repr ed. London: SAGE, 2010.

FRAGSTEIN, M. V. et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. **Medical Education**, v. 42, n. 11, p. 1100–1107, 1 nov. 2008.

FRANK, J. R. Better standards. Better physicians. Better care. p. 40, 2005.

GARCÍA DE LEONARDO, C. et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, dez. 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493–549.

GRUPPI, L. Os Cadernos do Cárcere. In: **O Conceto de Hegemonia em Gramsci**. 1. ed. Rio de Janeiro, Brazil: Graal, 1978.

HELMAN, C.; BOLNER, A. R.; ARSEGO, F. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. DE. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1471–1480, maio 2016.

KIESSLING, C. et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. **Patient Education and Counseling**, v. 81, n. 2, p. 259–266, nov. 2010.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 10, p. e294, 24 out. 2006.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre (RS): ARTMED, 2010a.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. Método Clínico. In: **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010b. p. 151–204.

MINAYO, M. C. DE S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 07–19, 2001.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 2014.

MISHLER, E. G. **The discourse of medicine: dialectics of medical interviews**. Norwood, N.J: Ablex Pub. Corp, 1984.

MORALES-BORRERO, C.; BORDE, E.; ESLAVA-CASTAÑEDA, J. C. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. **REVISTA DE SALUD PÚBLICA**, p. 12, 2013.

MOULTON, L. **The naked consultation: a practical guide to primary care consultation skills**. Second edition ed. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group, 2016.

NEIGHBOUR, R. **The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style**. 2. ed ed. Oxford: Radcliffe, 2005.

OLIVEIRA, A. F. M. DIÁLOGOS POSSÍVEIS - MIKHAIL BAKHTIN E PIERRE BOURDIEU: A NATUREZA SOCIAL DA LINGUAGEM. **Sociodialeto**, v. 1, n. 5, 2011.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios & procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2007.

ORLANDI, E. P. **O que é linguística**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2009.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018.

RAMOS, V. **A Consulta em 7 Passos**. 1. ed. Lisboa: [s.n.].

SCHEPER-HUGHES, N. Three propositions for a critically applied medical anthropology. **Social Science & Medicine**, v. 30, n. 2, p. 189–197, jan. 1990.

SILVERMAN, J.; KURTZ, S. M.; DRAPER, J. **Skills for communicating with patients**. 3rd. ed., new and updated ed ed. London ; New York: Radcliffe Publishing, 2013.

SMS/RJ. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMS, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade**, 2015.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 679–686, mar. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

STELET, B. P.; CASTIEL, L. D.; MORAES, D. R. DE. Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

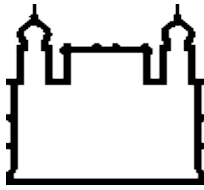
STEWART, M. et al. **Patient-centered medicine: transforming the clinical method**. [s.l.: s.n.].

WAITZKIN, H. **Uma Visão Marxista Sobre o Atendimento Médico**. 1. ed. São Paulo (SP): Editora Avante, 1980.

WAITZKIN, H. **The politics of medical encounters: how patients and doctors deal with social problems**. New Haven: Yale University Press, 1991.

ZACCHI, V. Linguagem e subjetividade em Gramsci e Bakhtin. **Gragoatá**, v. 11, n. 20, 30 jun. 2006.

Apêndice A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Versão para médicos participantes

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Contradições sociais na comunicação entre médicos de família e comunidade e pacientes”, desenvolvida por Daniel de Medeiros Gonzaga, aluno do mestrado em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a Dr^a Elyne Montenegro Engstrom.

O objetivo central do estudo é analisar a comunicação entre médico e paciente no consultório, para podermos contribuir para o processo de melhoria dessa comunicação no futuro.

Você está sendo convidado a participar por ter formação em Medicina de Família e Comunidade e por ter experiência atuando na Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro. Sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

A coleta de dados será realizada por meio de gravação de áudio de consultas médicas. Nos turnos em que as suas consultas serão gravadas, você receberá um gravador de áudio, e treinamento para uso do equipamento, que tem duração de 5 minutos. Sua participação consistirá em consultar seus pacientes conforme sua rotina usual de trabalho e ligar e desligar o gravador de áudio no início e fim das consultas. Os pacientes serão abordados sobre a participação na pesquisa pelo pesquisador responsável antes de sua entrada no consultório. Aqueles que desejarem participar lhe entregarão um cartão autorizando a gravação da consulta ao entrarem no seu consultório. Esse procedimento foi pensado para minimizar a intrusão da coleta de dados na sua rotina de trabalho.

Todos os dados coletados nessa pesquisa são confidenciais. Para garantir a confidencialidade, apenas o pesquisador responsável e sua orientadora terão acesso aos dados de áudio. Nas transcrições do áudio para texto, serão omitidas todas as informações que poderiam identificar os participantes, como informações pessoais, nome da equipe de saúde da família, etc. Na publicação dos resultados para divulgação científica, serão omitidas todas as informações que poderiam identificar os participantes, inclusive nome da unidade de saúde.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados, com acesso restrito apenas ao pesquisador responsável. A qualquer momento, durante a pesquisa ou

posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O benefício direto relacionado à sua participação na pesquisa inclui o acesso às gravações de suas consultas e um momento de devolutiva com o pesquisador, que pode contribuir para a sua reflexão sobre sua comunicação com os pacientes. De forma indireta, sua participação contribuirá para a construção do conhecimento sobre a comunicação médico-paciente.

Os riscos ligados à sua participação envolvem o possível constrangimento durante a gravação das consultas, a interrupção de sua rotina de trabalho e o vazamento de dados confidenciais.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado do pesquisador, bem como em periódicos científicos.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Este termo é redigido em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou da SMS-RJ. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade.

CEP/ENSP: (21) 2598-2863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - 21041-210

CEP SMS-RJ: (21) 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar – sala 401. Centro, Rio de Janeiro. 20031-040.

Pesquisador: Daniel de Medeiros Gonzaga (Mestrando em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ)
 Telefone: (21) 2290-5089 E-mail: 80gonzaga@gmail.com

Local e Data:

Assinatura do pesquisador:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Contradições sociais na comunicação entre médicos de família e comunidade e pacientes” e concordo em participar.

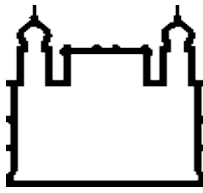
() Autorizo a gravação das minhas consultas no formato de áudio

() Não autorizo a gravação das minhas consultas em formato de áudio

Local e Data:

Assinatura do participante:

Nome do participante:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Versão para pacientes participantes

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Contradições sociais na comunicação entre médicos de família e comunidade e pacientes”, desenvolvida por Daniel de Medeiros Gonzaga, aluno do mestrado em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a Dr^a Elyne Montenegro Engstrom.

O objetivo central do estudo é analisar a comunicação entre médico e paciente no consultório, para podermos contribuir para o processo de melhoria dessa comunicação no futuro.

Você está sendo convidado a participar por estar sendo atendido por um médico numa unidade de saúde do município do Rio de Janeiro. Todos os pacientes atendidos nesse turno pelo seu médico estão sendo convidados também. Sua participação é voluntária, e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de gravação de áudio de consultas médicas. Caso aceite participar da pesquisa, você receberá um cartão dizendo que aceita que sua consulta de hoje seja gravada em áudio. Sua participação na pesquisa não requer nenhuma outra atividade além da descrita acima.

Todos os dados coletados nessa pesquisa são confidenciais e seu anonimato será garantido quando da divulgação dos resultados. Para garantir a confidencialidade dos dados, apenas o pesquisador responsável e sua orientadora terão acesso aos dados de áudio.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados, com acesso restrito apenas ao pesquisador responsável, para utilização em pesquisas futuras. A qualquer momento, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A participação nessa pesquisa não trará nenhum benefício direto para você. Sua consulta de hoje e atendimento na unidade de saúde de uma forma geral não serão alterados caso você decida participar ou não da pesquisa. De forma indireta, sua participação contribuirá para a construção do conhecimento sobre a comunicação médico-paciente na atenção primária à saúde.

Os riscos ligados à sua participação envolvem o possível constrangimento durante a gravação das consultas, a interferência no seu atendimento pelo seu médico e o vazamento de dados confidenciais da pesquisa.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Este termo é redigido em duas vias, uma para você guardar, e outra para o pesquisador. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou da SMS-RJ. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade.

CEP/ENSP: (21) 2598-2863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - 21041-210.

CEP SMS-RJ: (21) 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar – sala 401. Centro, Rio de Janeiro. 20031-040.

Contato com o pesquisador responsável:

Daniel de Medeiros Gonzaga (Mestrando em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 2290-50989 E-mail: 80gonzaga@gmail.com

Local e Data:

Assinatura do pesquisador:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Contradições sociais na comunicação entre médicos de família e comunidade e pacientes” e concordo em participar.

() Autorizo a gravação da minha consulta em áudio

() Não autorizo a gravação da minha consulta em áudio

Local e Data:

Assinatura do participante:

Nome do participante: